Sántha Ágnes

EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIA

Presa Universitară Clujeană

SÁNTHA ÁGNES

•

Egészségszociológia

A kiadvány megjelenését az MTA támogatta
a Kolozsvári Akadémiai Bizottság pályázata keretében.

SÁNTHA ÁGNES

Egészségszociológia

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ
2024

Lektorok:

Dr. Ambrus Zoltán

Jávorné Dr. Erdei Renáta

ISBN 978-606-37-2084-0

Universitatea Babeş-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro
http://www.editura.ubbcluj.ro/

Tartalom

Előszó

„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége. Azzá válunk, amit rendszeresen teszünk”. Meglátásával Arisztotelész már az ókorban rávilágít az egészségszociológiai szemléletmód létjogosultságára.

Napjainkban, amikor a holisztikus orvoslás szemlélete egyre népszerűbb, és a betegséget nem pusztán medikális értelemben, hanem az egyén teljes pszichés és szociális környezetében szemléljük, kiemelten fontossá válik, hogy az orvosi tudást egyéb tudományterületek is támogassák. A társadalomtudományok közül elsősorban a szociológia látja el ezt a feladatot.

Jelen tankönyv egyetemi hallgatók képzését szolgálja. Az egészségszociológia számtalan területe közül több jelentős témát tárgyal, de hiányosnak mondható olyan tekintetben, hogy bizonyos témaköröket nem érint: ilyen az egészség és betegség megközelítései, az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció, a betegszerep és a gyógyító hivatások kérdése, vagy a gyógyulás folyamata – hogy csak a legfontosabbakat említsük. Ezek egy további tankönyv részeit képezik majd, e jegyzetet tehát tekinthetjük az „Egészségszociológia I.” felsőoktatási segédletnek.

Abban reménykedem, hogy jegyzetemet nemcsak azok a hallgatók lapozzák haszonnal, akiknek ez a feladata, hanem mások is találnak benne érdekességeket munkájukhoz vagy személyes érdeklődésükhöz. Egyben bizalommal tölt el, hogy a jövő egészségügyi szakembereinek megfelelő színvonalú, összetett képzése által – mely ennek a tankönyvnek is hivatása – egy parányi lépést tehetünk a népesség egészségi állapotának javítása, az életminőség növelése felé.

A tankönyv két fejezete korábban tanulmányként megjelent tudományos folyóiratban. Ezek a következők: 3. fejezet: Fél évezredes életmódtanácsok fiataloknak, első megjelenési helye: Sántha Ágnes (2023): Fő a

mértékletesség! Fél évezredes életmódtanácsok fiataloknak. *Acta Medicinae et Sociologica* 14(37): 22–31., valamint a 7. Fejezet: A nemzeti kisebbségek egészségi állapota. Az erdélyi magyarok egészsége, első megjelenési helye: Sántha Ágnes (2020): Nemzeti kisebbségi lét és egészségi állapot Erdélyben. *Folia Anthropologica* 16(3):81-86.

A tankönyv két fejezete a HEAlthy Life ALLiance for Health Tourism Education Development and Reorganisation – HealAll (2020-1-HU01-KA203-078799) című stratégiai partnerségi pályázat keretében magyar és angol nyelven megírt oktatási tananyag részét képezi, és a Moodle felületen hozzáférhető. Ezek a következők: 8. fejezet: Mobilitás és egészségi állapot c. fejezetnek A turizmussal összefüggő megbetegedések c. alfejezete, valamint a 9. fejezet: A deviáns magatartás kialakulásának elméletei: a pszichoaktív szerek használata.

További egy fejezet az INNovative Digital DEvelopment of HEalth Pedagogics – INDEHEP (2021-1-HU01-KA220-HED000029460) című stratégiai partnerségi pályázat keretében angol nyelven megírt oktatási tananyag részét képezi, és a Moodle felületen hozzáférhető. Ez a következő: 6. fejezet: Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot.

1. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MÉRÉSE

Az egészségszociológia az egészségi állapot társadalmi tényezőit vizsgálja. Tudjuk, hogy az egészségi állapot meghatározóinak egy része biológiai jellegű (öröklődés, hajlam), ugyanakkor – különösen a krónikus betegségekre igaz ez – nagyobb részben az életmódnak, a környezeti tényezőknek és az egészségügyi ellátórendszernek a működéséből fakadnak.

A közegészségügy egy sor olyan mutatóval dolgozik, amely az egészségi állapotot közvetlenül vagy közvetetten méri. Ezek közül a legfontosabbakat tárgyaljuk ebben a fejezetben.

A morbiditás mutatói

A morbiditás fogalma a megbetegedésekre vonatkozik.

A prevalencia ismerete elengedhetetlen a közegészségügyi szolgáltatások tervezéséhez.

Egy **betegség prevalenciája** azon személyek száma/aránya a népességben, akik egy adott betegségben szenvednek adott időpontban. A mutatót általában a krónikus betegségekre használjuk, ugyanis a fertőző betegségek esetében nehézkes az azokból származó gyógyulás és elhalálozás monitorozása. A prevalenciát vagy a népességszám arányában, vagy 100.000 főre standardizálva számítják, és megkülönböztetik az életprevalenciát (lifetime prevalence), az éves prevalenciát (last year prevalence) és az egyhónapos prevalenciát (last month prevalence). (Last 2001)

A **betegség incidenciája** az új esetek száma egy adott időszakban. A krónikus betegségek esetében általában egy naptári évre számolják, de a fertőző betegségek némelyike esetében (főként az influenza-típusú megbetegedéseknél) akár a napi incidencia ismerete is fontos a betegség további terjedésének előrevetítéséhez, illetve a megelőzés módjainak

kidolgozásához. Az incidencia azt írja le, milyen gyakran jelenik meg először a szóban forgó betegség, tehát az új esetek számának a teljes népességhez képest számított relatív gyakoriságát jelöli (Last 2001).

Az egészségi állapot további egzakt módszerekkel is mérhető a következő mutatók felhasználásával: az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, a kórházi beutalások száma, a kórházban töltött napok száma, illetve a betegszabadságon töltött napok száma.

Az **alkoholizmus** mértékének becslésére két bevett módszer létezik:

Elvin Jellinek orvos a múlt század közepén azt a nézetet képviselte, miszerint az alkoholizmus betegség, és ekként szükséges kezelni (Jellinek 1960).

Jellinek számításai szerint a májzsugorodásos halálesetek 60%-át a túlzott alkoholfogyasztás okozza, és egy adott évben a súlyos alkoholfogyasztók meghatározott része hal meg májzsugorodásban (Elekes 2011).

Ennek alapján a Jellinek-módszer a következőképpen számol: adott évben májzsugorodásban meghaltak 60%-át megszorozza 144-gyel, és megkapja a súlyos alkoholisták számát.

Jellinek képlete:

$$\text{súlyos alkoholisták száma} = \text{májzsugorban meghaltak száma} \times 0{,}6 \times 144$$

Az epidemiológusok a leggyakrabban az összes májzsugorodásos halálesettel számolnak, mert az alkoholos eredetű májzsugorodásos esetek elkülönítése bizonytalan és pontatlan. Az alkoholfüggőségi szindrómából is nehézkes kiindulni, mert az jelentősen alábecsüli az alkoholisták számát: az érintettek gyakran félnek a megbélyegzéstől, titkolják betegségüket, és még elhalálozás esetén sem mindig derül fény a valóságra.

Az alkoholfogyasztás mérésére a másik módszer a francia **Ledermann** (1956) kutatásaiból indul ki, és a számítás alapja az egy főre jutó összes alkoholfogyasztás egy évben. Ennek alapján becsüli, hogy a népesség mekkora része esik a különböző alkoholfogyasztói szintekre. Alapfeltevése, hogy ha két népességben ugyanakkora az egy főre jutó fogyasztás, akkor hasonló lesz a súlyos fogyasztók aránya is (azokat tekintette súlyos fogyasztónak, akik több mint évi 50 liter tiszta alkoholt fogyasztanak). Ahol magasabb az egy főre jutó fogyasztás, ott a súlyos fogyasztók száma is nagyobb. A legnagyobb mértékben fogyasztók különböző alkohollal összefüggő kockázatának vannak kitéve, az alkohol-függőségtől a szervkárosodáson át a korai halálozásig.

Az egészségi állapot mérésében az egzakt módszerek mellett széles körben elterjedtek az ún. **szubjektív mérőeszközök** is.

Legegyszerűbb megközelítésben **az önminősített egészségi állapot** (szubjektív egészségi állapot) mérése a nagymintás kérdőíves kutatások kedvelt témája. A legegyszerűbb megközelítésben arra kérik a válaszadót, ítélje meg általános egészségi állapotát, kiválasztva egyet a kitűnő/jó/megfelelő/rossz/nagyon rossz lehetőségek közül.

Bár egy orvosi leletnél kevésbé objektívnek tűnik, a szubjektív egészséget a népesség egészségi állapotának érvényes és megbízható mutatójaként tartjuk számon.

A **népszámlálások** is (szintén önminősített) adatokkal szolgálhatnak az egészségi állapotra nézve. A romániai népszámlálás során 2011-ben a következő „érzékeny” kérdéseket tették fel az állampolgároknak:[1]

---

[1] A 2022-es romániai népszámlálás nem tartalmazott az egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket.

Szembesül-e bármilyen nehézséggel napi tevékenysége során?
(válaszlehetőségek: igen / nem)
Látási nehézségek / Hallási nehézségek / Járási, lépcsőmászási nehézségek / Emlékezeti és koncentrációs nehézségek /
Önmaga gondozásában fennálló nehézségek (önálló mosdás és öltözködés) /
Kommunikációs nehézségek (mások megértése vagy önmaga megértetése másokkal)
A nehézség foka: nincsenek nehézségei / nem túl magas / magas / teljes akadályozottság
A nehézségek okai: veleszületett / születéskor keletkezett / betegség eredménye / munkahelyi baleset eredménye / közúti baleset eredménye / egyéb.

Az alábbiakban mindössze kettőt mutatunk be abból a nagyszámú standardizált kérdőívből, melyet nemzetközi szinten használnak a nagymintás kutatásokban az egészség mérésére.

Az Egészségügyi Világszervezet standardizált, generikus (átfogó, általános) mérőeszköze a **WHOQOL-100**, mellyel az egészséggel összefüggő szubjektív életminőség vizsgálható (Kovács et al. 2019).

Az eszköz kidolgozása során abból a megfontolásból indultak ki, hogy az életminőséget az egyénnek a saját élethelyzetéről, életkörülményeiről alkotott önértékelése befolyásolja.

A kérdőív fő mérési dimenziói és aldimenziói a következők:

- *fizikai egészség:* energia- és kimerültség, fájdalom és diszkomfort, alvás és pihenés.
- *pszichológiai egészség:* testi elégedettség és megjelenés; negatív érzések; pozitív érzések; önbecsülés; gondolkodás, tanulás, memória és koncentráció.

- *függetlenség:* mobilitás, aktivitás és napirend /mindennapi élet, gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-függőség, munkakapacitás.
- *szociális kapcsolatok:* emberi kapcsolatok, szociális támogatás, szexuális aktivitás.
- *környezet:* pénzügyi erőforrások, szabadság, pszichés védettség és biztonság, az egészségügyi és szociális ellátás: elérhetőség és minőség, az otthoni környezet, a lehetőség új információk és képességek megszerzésére, lehetőség regenerálódásra és szabadidőprogramokban való részvételre, a fizikai környezet (környezetszennyezés, zaj, klíma, forgalom), valamint a közlekedés vizsgálata.
- *spirituális/vallási /személyes meggyőződés, hit* (WHO 1998).

Szintén elterjedt mérőeszköz egy, eredetileg európai együttműködésből született, mára már világszintű szövegség, az EuroQol csoport által kidolgozott **EQ-5D kérdőív**, mely az általános egészségi állapot mérésére alkalmas (Kovács et al. 2019).

Az öt dimenzió, amelyet vizsgálnak, a következő: mozgékonyság, önellátás, szokásos napi tevékenységek, fájdalom/rossz közérzet, szorongás/lehangoltság.

A kérdőívet egy vizuális analóg skála egészíti ki, mely az egészségi állapot szubjektív megítélését teszi lehetővé. Az egyes kérdések megválaszolását követően, a mérésben részt vevő személy egyetlen számértékben fejezheti ki egészségi állapotával kapcsolatos értékítéletét egy 100-fokú skálán (Shah, 2017).

A fenti generikus kérdőívek mellett számtalan **betegségspecifikus kérdőív** is létezik, például a pszichés betegségek gyakoriságának mérésére neurózis-skálát vagy depresszió-kérdőívet szoktak használni.

Az egyik legismertebb a Beck-féle depresszió kérdőív, melynek 9-tételes, rövidített változata a következő kijelentéseket tartalmazza (Rózsa és mtsai 2001):

1. *Minden érdeklődésemet elveszítettem mások iránt.*
2. *Semmiben nem tudok dönteni többé.*
3. *Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.*
4. *Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.*
5. *Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.*
6. *Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.*
7. *Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.*
8. *Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.*
9. *Állandóan hibáztatom magam.*

Minden kijelentésre vonatkozóan négy válaszlehetőség közül kell kiválasztani azt, amelyik a válaszadóra illik (jellemzően az elmúlt két hetet veszik figyelembe): egyáltalán nem jellemző/alig jellemző/jellemző/teljesen jellemző.

A válaszok feldolgozásának megadott módszer szerinti feldolgozása nyomán az eredmények normál, enyhe, közepes és súlyos depressziós tüneteket mutatnak ki, amelyeket szakorvosi vizsgálat erősíthet meg.

A mortalitás mutatói

A mortalitás az elhalálozásokra vonatkozik. Az egy bizonyos betegségből halálos kimenetellel végződő eseteket letalitásnak hívjuk.

Lehetetlen számba venni a halálozás összes mutatóját, ezért a leggyakrabban használt, legnépszerűbb, és bizonyos értelemben a legegyszerűbb mutatókat vesszük sorra.

Nyers halálozási arány

A nyers halálozási arány egy adott naptári évre (vagy hosszabb-rövidebb időszakra) vonatkozó nagyon általános mutató.

$$nyers\ halálozási\ arány = \frac{\text{elhunytak száma}}{\text{teljes népesség száma}} \times 1{,}000$$

Forrás: Last 2001 (a szerző szerkesztése)

Mivel a halálozások száma erőteljesen összefügg a népesség kormegoszlásával, egy idős népességben (ilyenek a gazdaságilag fejlett országok) ez az érték magas. Ugyanakkor nem tükrözi az illető ország valós életszínvonalát, lakosainak életkilátásait: vannak olyan országok, ahol a nyers halálozási arány kisebb, mint a fejlett európai országokban, mert előbbiekben a népesség fiatalabb, míg nálunk egy elöregedett korszerkezettel kell számolnunk, amelynek természetes jellemzője, hogy évente viszonylag sok ember meghal.

Ha egy valósághűbb, az életviszonyokat is tükröző képet szeretnénk kapni a halálozásról, akkor célszerű a korspecifikus halálozási mutatókat, illetve az ezekből számított standardizált halálozási arányt venni figyelembe.

Korspecifikus halálozási arány

A korspecifikus halálozási mutató kiszűri a korösszetétel hatását és jobb összehasonlítási lehetőséget biztosít időben és térben. Jellemzően ötéves korcsoportokra számítják, külön a nőkre és a férfiakra.

$$\textit{pl. 45-49 éves férfiak korspecifikus halálozási aránya} = \frac{\text{45−49 éves korukban elhunyt férfiak száma}}{\text{45−49 éves férfiak száma}} \times 100{,}000$$

Forrás: Last 2001 (a szerző szerkesztése)

Standardizált halálozási arány

Miután minden ötéves korcsoportra kiszámítjuk a korspecifikus halálozási arányt (ld. fent), ezek átlagát is kiszámoljuk úgy, hogy súlyokat alkalmazunk a népesség kormegoszlásának megfelelően. A számítások során az 'európai referencianépességhez' viszonyítunk, ennek népességi arányait tekintjük viszonyítási alapnak és ennek kormegoszlásával súlyozunk (Eurostat 2013), majd 100.000 főre vetítjük ki.

A standardizálás azért fontos, mert ha különböző népességek halálozási viszonyait hasonlítjuk össze, akkor figyelembe kell vennünk azok eltérő korösszetételét. A standardizálással gyakorlatilag kiküszöböljük a kor szerinti eltéréseit, hiszen a mi népességünk kormegoszlását hozzáigazítjuk a referencianépességéhez.

A mutató segítségével megállapítható, mekkora az egyes népességcsoportok életkor és nem szerinti halandóságának szintje az összlakosságához viszonyítva.

Okspecifikus halálozási arány

A mutató elsődleges jelentőségű a közegészségügy számára. Minden halálozás egy halálok következménye, amelyet a betegségek nemzetközi osztályozása (International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10) alapján azonosítanak. A halálokok ismeretében a halálozási mutatók időben és térben összehasonlíthatóak, és bizony jelentős különbségek derülnek ki az egyes országok között a vezető halálokok tekintetében.

A mutató értékét úgy számítjuk ki, hogy az illető haláloknak betudható elhalálozások számát elosztjuk a népesség számával a meghatározott időszak (általában év) közepén, és 100.000 főre vetítjük ki.

A mai kor halálozási viszonyai egészen mások, mint az epidemiológiai átmenet előtt. A fejlett országokban ma a legtöbb haláleset keringési betegségek, rák, légzőszervi betegségek és külső halálokok (balesetek, sérülések) következménye.

A legtöbb halálok jelentősen összefügg az életkorral és a nemmel.

Csecsemőhalandósági arány

Ez a mutató árul el a legtöbbet egy ország vagy térség életszínvonaláról, lakosainak egészségi állapotáról, az egészségügyi ellátórendszer működéséről és az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságáról.

$$\textit{csecsemőhalandósági arány} = \frac{\text{egy éves kor előtt elhunyt gyermekek száma}}{\text{élveszületések száma}} \times 1{,}000$$

Forrás: Last 2001 (a szerző szerkesztése)

Összességében a fejlett országokban a csecsemőhalandóság erőteljes csökkenése zajlott a 20. század során, de ez a csökkenés már jóval korábban, az iparosodás időszakában (csaknem kétszáz évvel ezelőtt) megkezdődött, és tulajdonképpen a csecsemő- és gyermekhalálozások csökkenése ez volt az egyik legjelentősebb oka a demográfiai átmenetnek, a fejlett országok népességnövekedésének. Ugyanakkor még ezen országok között is, mind a mai napig előfordulnak számszerű különbségek a csecsemőhalálozásban.

Ma a csecsemőhalálozás kockázati tényezői a koraszülés és az alacsony születési súly, amely erőteljesen összefügg a várandós nők egészségmagatartásával, mint amilyen a dohányzás, alkoholfogyasztás vagy gyenge táplálkozás, az alacsony társadalmi státussal, de a túl korai (serdülőkori) vagy túl késői életkorban bekövetkezett szülésekkel is (OECD/EU 2020).

Születéskor várható élettartam

A születéskor várható élettartam egy népesség életesélyeinek legjobb mutatója: azoknak az éveknek a számát mutatja, amelyet egy újszülött születése pillanatában remélhet, az adott évi halálozási viszonyok mellett.

Mivel a születéskor várható élettartam a legtöbb országban már jelentősen megnőtt, napjainkban leginkább a szegény országok érnek el látványos javulást. Fontos tudni, hogy ez egy hipotetikus szám, és a születés pillanatának viszonyaiból indul ki, ezért, ha a korspecifikus halálozási arányszámok csökkennének (amire a fejlődő orvostudománynak köszönhetően van kilátás), akkor az élettartam ténylegesen nagyobb lesz, mint amire a születés pillanatában számítani lehetett, az akkori halálozási mutatók alapján.

A születéskor várható élettartam fordítottan arányos a csecsemőhalálozási aránnyal. Ha nőnének a csecsemőhalálozási mutatók, amire a fejlett világban ritkán látunk példát, akkor a születéskor várható élettartam is csökkenne az első életévben rejlő halálozási kockázat miatt.

Ezért van az, hogy a rossz gazdasági helyzetben élő, gyakran marginalizált csoportokban alacsonyabb a születéskor várható élettartam, hiszen itt több a csecsemőhalálozás.

Összességében Európa egy öreg kontinens, jellemzően idős népességgel, mely az erőteljes bevándorlás ellenére tovább öregszik.

Az Európai Unió tagállamaiban, átlagosan számolva a nők születéskor várható élettartama 84 év, a férfiaké 78.5 év. A földrészen belül jelentősek a különbségek, különösen a kelet-nyugati megosztottság érvényesül: a volt szocialista országokban a legalacsonyabb a születéskor várható élettartam, és itt a legnagyobb a férfiak hátránya is a nőkhöz képest. Ám még a leggazdagabb országokban is létezik ez a különbség a nők javára, mindenhol ők számíthatnak hosszabb életre. Az életkörülmények javulásának köszönhető, hogy az elmúlt évtizedekben a születéskor várható élettartam folyamatosan növekedett. A növekedés ma a szegény országokban a leglátványosabb (ott csökken a csecsemőhalálozás is a legjobban), hiszen ezt az átmenetet a gazdag országok már maguk mögött tudják, így nálunk már csak kis lépésekben zajlik a további növekedés. Azonban az utóbbi húsz évben a világ legszegényebb országaiban hatalmasat, ez a mutató mintegy 9 évnyit növekedett (WHO 2014).

Egészségesen várható élettartam (healthy life expectancy)

A hosszabb élet nem jelenti automatikusan azt, hogy jó egészségben élünk hosszú életet. Az élettartam-nyereség csak akkor járul hozzá a jó

életminőséghez, ha ezeket a „megnyert” éveket betegségektől és akadályozottságtól mentesen éljük.

A közegészségügyben és az életminőségkutatásokban kulcsfontosságúvá válik az egészségesen várható élettartam, hiszen az egészséges emberek nemcsak egészséges munkaerőt jelentenek, hanem azt is, hogy kevesen kérik idő előtti nyugdíjazásukat vagy szorulnak gondozásra – és mindez jó hatással van az egészségügyi rendszerre és az ország lakosságának jólétére.

Az egészségesen várható élettartam azon éveknek a száma, amelyeket az egyén hosszú távú akadályozottságtól mentesen él. Számítani szokták a születés pillanatában és további életkorokban, elsősorban 65 évesen.

Kiszámításának alapja a halandósági tábla és a hosszú távú akadályozottságra vonatkozó korspecifikus prevelencia-adatok (OECD/EU 2020), tehát ötvözi a morbiditási és a mortalitási adatokat. A születéskor várható élettartammal párhuzamosan ennek a mutatónak az értéke is egyre nő a világ összes országában, egyben ez az egyik legfontosabb közegészségügyi célkitűzés is (WHO/Europe 2013).

Jelenleg az Európai Unióban az egészségesen várható élettartam 64.5 év a nők, 63.5 év a férfiak számára (Eurostat 2022), ami azt jelenti, hogy mindkét nem kb. élettartamuk 80%-át jó egészségben töltik. Az érem másik oldala viszont az, hogy az élettartamuk hátralévő 20%-át legalább egy krónikus betegséggel élik le.

A születéskor várható élettartam nemek szerinti különbségei szinte eltűnnek, ha az egészségesen várható élettartamot nézzük, ugyanis a nők több egészségügyi panaszról/akadályozottságról számolnak be, és tovább élnek, mint a férfiak. Mindez arra utal, hogy elsősorban az idős nők azok, akik életük jelentős részét rossz egészségben élik.

A potenciálisan elvesztett életévek (potential years of life lost)

Közegészségügyi szakemberek és közpolitika-tervezés számára nemcsak a közismert halálozási arányszámok ismerete fontos.

Az egyszerű halálozási ráta nem veszi számításba, hogy egy halálokban valaki 80 vagy 30 évesen hal meg, ami nyilvánvalóan nem mindegy. Bár a korspecifikus halálozási arányszámok már pontosabb képet adnak és nemzetközi, illetve regionális összehasonlítást is lehetővé tesznek, az egészségügyi szervezetek egyre gyakrabban dolgoznak egy látványosabb mutatóval, a potenciálisan elvesztett életévek számával (potential years of life lost). Ennek kiszámításakor figyelembe veszik a halálozási rátát és a halálozási életkort is.

$$\textit{Potenciálisan elvesztett életévek száma} = \\ \text{adott életkorban történő elhalálozások száma} \times \\ \text{adott életkorban még várható élettartam}$$

Forrás: Gardner, Sanborn 1990 (a szerző szerkesztése)

2050-re előrevetítve a születéskor várható élettartam maximuma 92 év lesz, a WHO a számításokban ezt az értéket veszi alapul mindkét nem esetében. Az OECD számításaiban a 75 évet tekintik a várható élettartam felső határának, más számításokban, pl. a magyarországi Központi Statisztikai Hivataléiban a 70 évből indulnak ki.

A számításokban tehát némi következetlenséget látunk, de bármelyik módon számolnak, minden elhalálozott személyre nézve kiszámítják, hogy a legnagyobb várható élettartamhoz képest hány évvel korábban halt meg, tehát hány potenciális életévet vesztett el.

Egy óriási számhoz jutnak, amely nem önmagában lényeges, hanem azért, mert az összes elvesztett életév százalékos arányban felosztható a különböző halálokok között és így látható, mely halálokok milyen mértékben felelnek az elvesztett életévekért világszerte, illetve kisebb földrajzi egységenként. Világszinten a legtöbb elvesztett életév a szív- és érrendszeri megbetegedések következménye, ezt követik a légzőszervi megbetegedések. Az utóbbi évtizedekben a motorizáció előretörése miatt a halállal végződő közúti balesetek száma is megnőtt.

A potenciális életévveszteséget nemenként, globális szinten és egy-egy betegségre vonatkozóan is számolják.

A mutató kiszámítása lehetővé teszi a rövidebb-hosszabb távra történő tervezést, a közegészségügyi beavatkozó programok elkészítését, hiszen szemléletesen mutatja a fő betegségtípusokat és azok hozzájárulását a teljes halandósághoz, valamint azt is, milyen területen sikerült eredményt elérni és hol van még tennivaló a halandósági arányok javításában.

Nyilvánvaló a krónikus betegségek összefüggése a modern életmóddal. Ma az ischémiás szívbetegségek megelőzik a légzőszervi megbetegedéseket az elvesztett életévek tekintetében. Az utóbbi évtizedben a motorizációval összefüggésben különösen megnőtt a közúti balesetekből származó halálozás aránya (14%), miközben csökkent az öngyilkosság (-12%) és főként a fulladás (-23%) okozta elhalálozás (WHO 2014).

Egészségkárosodással leélt évek[2] *(Years Lived with Disability, YLD)*

Azoknak az éveknek a száma, amelyeket az egyén valamilyen betegségben tölt el, tehát azon elvesztett életévek, amelyeket a teljes egészségnél rosszabb állapotban tölt el (Preedy, Watson 2010). Az egészségkárosodással leélt éveknek mintegy egyharmadát világszinten a mentális betegségek teszik ki.

Egészségkárosodással korrigált életévek DALY (Disability-Adjusted Life Years)

Ez a kumulált mutató figyelembe veszi az elvesztett életéveket és az egészségkárosodással leélt életéveket.

Egy ilyen életév (egy DALY) egy olyan évnyi veszteséggel egyenlő, amelyet az egyén a tökéletes egészség állapotában élhetett volna. Egy népességben valamely betegségre vonatkozó, egészségkárosodással korrigált életévek száma azon évek összege, amelyeket az emberek vagy elveszítenek, vagy rossz egészségi állapotban élnek le (WHO 2023c).

Ezt a mutatót a betegségteher számszerűsítésére fejlesztették ki, és főként az egészségpolitikában használatos.

A morbiditás és a mortalitás mutatói standardizált mérőszámok, összehasonlításra alkalmasak, és legfontosabb alkalmazási területük a közegészségügyi tervezés. Ha ismerjük egy betegség prevalenciáját, incidenciáját, betegségterhét és a belőle származó halálozás mértékét, akkor megállapítható, milyen területen sikerült haladást elérni, és hol van még tennivaló a népesség egészségi állapotának javításában.

[2] Károsodott egészségi állapotban leélt éveknek is nevezik.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. A nyers halálozási arányszám
   a. kiküszöböli a népesség kormegoszlását
   b. az életkor szerint standardizált halálozási arányok súlyozott átlaga
   c. 1000 bármilyen korú népességre számítják

2. A születéskor várható élettartam
   a. függ a csecsemőhalálozástól
   b. a fejlett országokban többé nem növekszik
   c. az emberélet természetes hosszával egyenlő

3. Egy betegség incidenciája
   a. azon személyek aránya, akik a betegségben szenvednek egy adott időpontban
   b. az új esetek száma egy adott időszak alatt
   c. a betegség letalitása

4. Az egészségesen várható élettatam a születéskor várható élettartamnak megközelítőleg
   a. 80%-a
   b. 60%-a
   c. 90%-a

5. Egy betegség prevalenciája
   a. azon személyek aránya, akik a betegségben szenvednek egy adott időpontban
   b. az új esetek száma egy adott időszak alatt
   c. a betegség letalitása

2. FERTŐZŐ (JÁRVÁNYOS) BETEGSÉGEK

A pestis

A magyar nyelvben a pestis elnevezés mellett különböző megnevezésekkel találkozunk: dögvész, döghalál, mirigyláz, bubó, csoma. Már az ókorban a hadjáratokkal és a háborúkkal hozták összefüggésbe a pestist, és ez nem sokat változott a középkor és az újkor idején sem. Az ókor endémiás gócpontjai Etiópia és Egyiptom területére tehetők.

A legpusztítóbb járvány a 14. századi eurázsiai pestisjárvány, az ún. Fekete Halál (1347-1352) volt.[3] A források szerint a tatárok krími háborúzása volt a közvetlen terjesztő, de a Krím félszigeten már korábban is jelen lehetett, és a kereskedelmi útvonalakon terjedt tovább. Ezt a formát bubópestisnek/mirigypestisnek nevezik, és a patkányokon élősködő bolhák terjesztették.[4]

A fertőzésnek való kitettség részben a családok életformájának a függvénye volt, mint amilyen a térbeli zsúfoltság, az érintkezés, a munkavégzés követelményei. Ezért nemcsak a szegények, hanem a tehetősebb városi egyházi és világi elit körében is nagy volt a halálozás. Ugyanakkor az életkorral csökkent az áldozatok száma. Az áldozatok között nagyobb arányban voltak csecsemők és gyermekek, a felnőttek között pedig inkább férfiak, akik gyakrabban jártak az utcákon, kerültek érintkezésbe másokkal, nagyobb eséllyel fertőződtek meg. Városokban, ahol nagyobb volt a népsűrűség, a járvány jelentősebb pusztításokat okozott, mint a ritkábban lakott falvakban.[5]

---

[3] Voltak járványmentes térségek (Flandria, a Német-római Császárság, a Lengyel-Magyar Királyság egyes részei).

[4] A tüdőpestis ennél is gyorsabban terjedt, cseppfertőzés (belégzés) által.

[5] A pestisbacilus a patkánypopulációkban élt, és fertőzött bolhák terjesztették (Andorka 2001).

A járvány előtti évtizedekben Nyugat-Európában szélsőséges éghajlat uralkodott, amihez hozzáadódott az alultápláltság és a különféle betegségek, így a pestis már egy legyengült lakosságot talált, ezért is volt tömeges a pusztító hatása: egyes számítások szerint a lakosság egynegyede, de helyenként akár fele is elpusztulhatott. Következésképp a létfenntartást biztosító tevékenységekben nagy visszaesés jelent meg, munkaerőhiány lépett fel. A Fekete halál a legnagyobb pusztítást Európa déli és északnyugati részében okozta, a Magyar Királyságban csak néhány régióban jelent meg, és bár pusztító hatása nagy volt, nem érte el azt a nagyságrendet, amelyet a földrész többi részén.

A pestis elleni védekezés módja kezdetben leginkább a menekülés volt, amiből sejthető, hogy javarészt a jómódú embereknek sikerült megúszniuk a járványt, akik megtehették, hogy vidéken töltenek néhány évet. A védekezési technikák között később egyre nagyobb jelentősége lett a közegészségügyi intézkedéseknek, a vesztegzárnak (a betegek elkülönítésének), a kikötők és városok bezárásának, a fertőtlenítésnek. Az építkezési technológia is fejlődött: a tégla- és kőfalazatú épületek jobban védtek a bacilustól, mint korábban a faházak. A Fekete Halál korabeli orvosok egyetértettek abban, hogy a fertőzött, romlott levegőnek a bérbe, tüdőbe és szívbe jutása okozza a pestisbetegek elhalálozását. Már a 13. századtól gyakorolták a betegek elkülönítését, ezen kívül javasolták az illatos fák égetését a mérgezett levegő tisztítására, kámfor inhalálását. Gyakran alkalmaztak érvágást, hashajtást, sőt a bubók felmetszését is.

A Fekete Halált követően az intézményes járványvédelem módszereit az itáliai városok dolgozták ki és alkalmazták, akik a leginkább veszélyeztetettek voltak, egyben a tengeri kereskedelemben is érdekeltek voltak. Ekkor használták először a korábban a leprások esetében alkalmazott

elkülönítés módszerét, a karantént (neve a quaranta, azaz negyven nap szóból ered, ennyi idő volt az elkülönítés időszaka). Szintén az itáliai városok vezették be a pestislevelet, amellyel az utazók bizonyíthatták, hogy pestismentes helyről érkeztek és nem fertőződtek meg járványos területeken.

A Fekete Halált követően a városrendészetben megjelennek a higiéniai szempontok, pl. bizonyos mesterségek képviselői, így a tímárok és a vargák – akiknek munkája a bőrkészítéssel összefüggött, és a járvány terjesztői lehettek – nem tarthattak fenn műhelyeket a települések főutcáiban, ahol sok ember megfordult.

A következő évszázadokban is több alkalommal ismétlődtek a pestisjárványok, megtizedelve a városi népességet. A népesség pótlására falvakról telepedtek be emberek, és egy új városi középréteg jött létre, mely a reneszánsz és humanizmus eszmei áramlatainak bázisává is vált.

A 16. századi Erdélyben az intenzívebb pestisjárványok (1575, 1585) a magyarországi járványokkal egyidőben zajlottak, főleg Dél-Keletről, a török területekről hurcolták be Moldvába és Havasalföldre hadi és kereskedelmi utakon, és innen Erdélyen keresztül terjedt tovább Magyarországra is. A járvány, amelyet súlyosságára való tekintettel dögvésznek, döghalálnak is neveztek, több esetben éhínséggel járt együtt.

Erdélyben főként azok a járványnak kitettebb területek, amelyek sűrűbb érintkezési csomópontok, és amelyeknek lakói üzleti, katonai, rokoni ügyekben eljárnak: a szorosok közelében fekvő Brassó, Barcaság, Háromszék, Kézdivásárhely, Gyergyószentmiklós, Nagyszeben. Az erdélyi szász városokban (a 16. században) ekkoriban hozzák azt az intézkedést, hogy a pestisben meghaltakat a templomkerten kívül temetik el.

Magyarországon és Erdélyben a 16. századi pestisjárványok idején a következő védekezési intézkedéseket vezették be: a fertőzött házakat lepecsételték (izolálták), tiltották a fertőzöttekkel való érintkezést, a közfürdők látogatását, a temetkezési szertartásokat, a szentmiséket/ istentiszteleteket és egyéb gyülekezési alkalmakat. Azokat a hágókat, ahol a betegséget behozzák, lezárták. Ezek az intézkedések azonban helyi jellegűek voltak, nem hangolták össze őket. Az átfogó intézkedések között Magyarországon az első az Ordo Pestis, I. Ferdinánd rendelete 1562-ből, amelyben a fertőzés okoként a beteget és holmiját, valamint állati bőröket jelölték meg, és rendszeresítik a járványorvosok és sebészek betleglátogatását, a betegek elkülönítését és lazaretumok (vesztegzári intézetek) tisztántartását.

Az 1600-as évek elejének erdélyi pestisjárványát valószínűleg Moldvából hurcolták be, ekkor a legnagyobb emberveszteséget Beszterce városa szenvedte el. Az emberek a városfalak között kerestek menedéket az Erdélybe bejött Habsburgok visszaélései elől, így nagyon megnövekedett a népsűrűség is. 1646-ban ismét felüti a fejét a járvány Kolozsváron, Marosvásárhelyen, a Kis- és Nagy-Küküllő mentén (Medgyes, Segesvár), Sepsiszéken és Brassóban. Az 1650-es évek Erdélyben politikai tekintetben zűrzavaros időszak volt, II. Rákóczi György lengyelországi hadjáratában tatár fogságba esett az erdélyi sereg, majd a tatárok betörtek a térségbe, raboltak és fogságba hurcolták a népet, a törökök feldúlták a vidéket, a fejedelemjelöltek hadakoztak. Ilyen körülmények közepette az újabb nagy erdélyi pestisjárvány ismét éhínséggel társult, és több mint százezer emberéletet követelt.

A 17. század második felétől a pestis fokozatosan eltűnt Európa nyugati részeiről valószínűleg a szigorú karantén-rendszabályok következetes végrehajtásának köszönhetően. Magyarországon és Erdélyben azonban a 18. században is voltak járványos időszakok. Ezeket szárazföldi útvonalon hozták be a törökök uralta szomszédos tartományokból textil, állat- és prémkereskedők, katonák, csempészek. Ugyanakkor a járványok a háborús konfliktusokkal, az időjárási rendellenességekkel, a marhavészekkel, a sáskajárásokkal és a gyenge termés miatti éhínséggel egyidejűek.

A Rákóczi-szabadságharc idején a járvány behozatalában a balkáni hadszíntéren vívott háborúk játszottak vezető szerepet, terjesztésében a kuruc-labanc harcok is közrejátszottak. 1711-1713 között a pestisjárvány egy szokatlanul hideg tél után terjedt el, és több járvány egyidejű előfordulása jellemezte: himlő, kanyaró, vérhas, marhavész, hurutos betegségek is tomboltak, egyidejűleg sáskajárás és áradások fordultak elő. Mindez együttesen egy kb. 10%-os népességvesztést okozott.

A 18. század eleji járvány Erdélyben kb. 90.000 ember életét követelte. A fertőzésnek az erdélyi terjedése úgy zajlott, hogy Moldvából a gyergyószentmiklósi örmény szűcsök állatokat vásároltak fel a nyersbőlcserzés és – kereskedelem céljából, így hurcolták be az állati bőrök szőrméjében a pestisbolhákat elsőként Gyergyószékre, majd Segesvárra, ahol a megfertőzött német katonaság és a cselédség terjeszti tovább Küküllő vármegyébe és Székelyföldre. A hatóságok a vándorkereskedelmet megtiltották, a településeket katonai kordonnal elszigetelték, az átjáró utakat eltorlaszolták, és őröket állítottak melléjük. A városokban a fertőzött házak lakóinak házát zár alá helyezték, aminek következtében, ha nem is a pestisben, akkor gyakran az éhezés miatt haltak meg. Orvosi praktikaként még ebben az időszakban is javallják a házak fenyőtövissel való

füstölését, a házfalak meszelését, a borfogyasztást, a dió, fokhagyma, méz és mandula fogyasztását és a dohányszívást. Ismét nem mellékes, hogy ezidőtájt állatvész is pusztított, sáskajárás volt, váltakozott a szárazság és az árvizek. Továbbá, Erdély ismét belső harcok színtere (kuruc-labanc harc), és a német katonai közigazgatás önkényessége és visszaélései is nehezítették a mindennapi életet. Székelyföldön 1719-ben zajlott a legnagyobb pusztulás, elsősorban Háromszéken. Brassó belvárosában, mivel fal és kapuk vették körbe, könnyebb volt a védelem megszervezése, orvosok és gyógyszertárak is nagy számban voltak jelen, ezzel szemben a külvárosokban többen éltek a szegények, kereskedő népesség, és nagyobb volt a népsűrűség, ami sokkal nagyobb mértékű halálozást okozott. A járvány elhárítására a hivatalos szervek nemcsak racionális, hanem vallási elemeket is felsorolnak: kötelezővé is teszik a teljes lakosság számára, felekezettől függetlenül az imádkozást, a szentgyónást, továbbá javasolják a tisztálkodást és az érvágást, a halottak mély gödörbe temetését, a fertőzött házak felégetését, az elpusztult állatok eltemetését annak megelőzésére, hogy a bőrükből bocskort és a faggyúból gyertyát készítsenek az emberek.

Az utolsó nagy járvány Magyarországon 1738 és 1742 között volt, ekkor 300.000 áldozattal számolnak, ami a korabeli népesség 5-6%-át jelenti. Több magyarázat kering a járvány Erdélybe történő behozataláról, amelyek közül a legvalószínűbb az orosz-osztrák-török háború mint közvetlen előzmény. A fertőzést a balkáni hadszínterén pestissel megfertőzött, Temesvárra visszavont osztrák csapatok katonái terjesztették el, ezért is volt a veszteség a Bánságban és Dél-Erdélyben a legjelentősebb. Valószínű az is, hogy a vírust a balkáni háborúba a hadsereg számára ellátmányt szállító fuvarosok hurcolhatták be Dél-Erdélybe. Kb. 41.000 halálos áldozattal számolunk, így ez a járvány jóval kisebb veszteséget okozott az előzőeknél.

Bár a pestis általi fenyegetettség, mely rendszerint az Oszmán Birodalomból valamelyik részéről indult, a Kárpát-kanyarban a kereskedelmi útvonalak találkozásai miatt állandóvá vált, Erdélyben 1820-ban fordult elő az utolsó pestisjárvány. A Balkánon azonban a 19. század közepéig folyamatosan jelen volt, és végleges eltűnése előtt a kolerajárvánnyal együtt tombolt.

Erdély Habsburg megszállása utáni időszakban a járványvédelmi szabályozásról tudni kell, hogy abban 1753-ban a bécsi udvar tanácsadó szerveként az Egészségügyi Bizottság vált illetékessé, és közvetlenül az uralkodónak volt alárendelve. 1770-tól lépett életbe a Generale Normativum in Re Sanitatis, vagyis a Birodalmi Főszabályzat, és ezzel megalakult az önálló egészségügyi szakigazgatás. A járványokat rendészeti intézkedésekkel tartják kordában, melyeket a régi itáliai (velencei) módszerekből alakítottak át. Jelentős fejlemény a kontumácia stációk, azaz vesztegzár-állomások létesítése a távolsági kereskedelmi és személyforgalmi határmenti útvonalak átjáróinál, hágóknál, folyóvölgyekben. Ezekben az intézményekben mindenki köteles volt megállni meghatározott időre megfigyelésre, fertőtlenítésre. Erdélyben a dél-keleti határokon kezdték ezeket kiépíteni, hogy az állandó járványveszélyforrást jelentő moldvai és havasalföldi forgalmat ellenőrizzék.

A pestisjárványok demográfiai hatásai között elsősorban a magas halálozási arányról kell szólni. A rendszeresen visszatérő nagy járványok elvitték a járványmentes időszak természetes szaporulatát és csak az utolsó nagy járvány után indult gyors növekedésnek a népesség. A pestisjárványok a házasságkötésekre és a születések számára is hatottak: ilyenkor a házasságkötések száma visszaesett, ám közvetlenül a járvány után mindenhol házasodási csúcsot jegyeztek fel. A házasságkötések között ilyenkor nagyon sok volt a házastárs pestisben történő elhalálozását követő

újraházasodás. Részben a házasságkötések elmaradásával, részben az állapotos anyák többlet-halálozásával magyarázható a pestisjárványok idején visszaeső születésszám. Az alacsony termékenységhez az is hozzájárul, hogy ha születtek is gyermekek, a járvány éppen közöttük végezte a legnagyobb pusztítást és sok esetben be sem vezették születésüket az anyakönyvekbe, ezt ugyanis általában kereszteléskor tették (volna).

A járványok megszűntével viszonylag hamar megnőtt a népesség száma, mintegy „pótolták" a kiesett népességet: éppen a gyakori házasságkötések és nagyszámú születések, de a nagyarányú vándormozgalom segítségével is. Ezt a szaporulatot aztán a következő járványok rendszerint el is vitték.

A kolera

Még a 19. századot is szinte végig nagy halandósági válságok jellemezték Európa jelentős részében. A pestis megszűnése után az Indiából érkezett kolera okozta a legnagyobb pusztítást. Ekkor már állami statisztikai hivatala volt Magyarországnak, így a pusztítás mértékét nemcsak utólag megbecsülni, hanem valós időben regisztrálni is sikerült. 1872-1873-ban a járvány egész Európán végigsöpört, de a legnagyobb pusztítást éppen Magyarországon végezte: 350.000 ember halt meg, későbbi vizsgálatok azonban ennél is több, mintegy félmillió áldozatról számolnak be. A legkritikusabb 1873-as évben Magyarország akkori területén átlagosan 65.1 ezrelékes a halandóság! A járványnak ez a hulláma Erdélyt is jelentős mértékben érintette, 50.002 halálos áldozatról tudunk, ami 51.1 ezrelékes nyers halandósági arányt tesz ki: ez szinte kétszerese az előző évi értéknek.

A kolera leginkább nyáron tombolt, a betegek közel fele meghalt, méghozzá rövid idő alatt. Általában a városokban okozott nagyobb pusztítást, mint a ritkábban lakott területeken, hiszen ebben az időszakban a fejlettebb orvosi ellátottság és a kórházak közelsége ellenére a városok közegészségügyi és higiénés viszonyai gyengébbek voltak. A társadalmi különbségek hatása itt is szembetűnő, a gyengébb életkörülmények között több volt az áldozat. Regionális eltérések is léteztek, például a nagy Magyarország területén Galíciában és általában a folyóvizek partvidékén, a mocsaras, lápos területeken voltak gyakoribbak a megbetegedések. Végül a kolera megfékezésében az ivóvíz fertőtlenítése játszotta a főszerepet.[6]

Kultúrtörténeti jelentősége elsősorban a pestisnek és a kolerának van, noha a 18. és 19. században a fekete himlő is súlyos pusztítást okozott, elsősorban a gyermekek körében. A betegséget a tehénhimlő vírusával való oltás szorította vissza, melyet a világ első védőoltásaként Edward Jenner angol orvos fedezett fel 1796-ban.

Erdélyben a halandóság javulásában főszerep jutott az **1876. évi közegészségügyi törvénynek**. A magyar törvény újszerű, időben sok más államot megelőzött, mindenekelőtt higiéniás és járványügyi rendelkezései jelentősek: kötelezővé tette a himlő elleni védőoltást, a járványos betegek bejelentését és elkülönítését, továbbá elrendelte a hét éven aluli gyermekek kötelező gyógykezelését, bevezette az iskolák egészségügyi felügyeletét. Fontos újítás, hogy a közegészségügyi törvény szakmai képesítéshez kötötte a szülésznői gyakorlatot, valamint előírta a községek számára azt, hogy saját orvost és szülésznőt tartsanak.

---

[6] A kolera-vibrió azonosítása a tuberkulózis kórokozóját is felfedező Robert Koch nevéhez fűződik.

Tudtad-e, hogy…?

Kolozsváron a Piarista templom előtti téren, a Farkas és a Beltorda utca kereszteződésénél álló Mária-oszlopot nemrég állították vissza eredeti helyére?

Erdély második legrégebbi köztéri Mária-oszlopát 1744-ben Anton Schuchbauer osztrák szobrászművész készítette barokk stílusban Kornis Antal főkormányszéki tanácsos és felesége megrendelésére, hálából a pestisjárvány elmúlásáért.

Az aradi Szentháromság-szobrot a város vezetése hálából emeltette az 1768-os, utolsó pestisjárvány végén?

A lakosság minden évben az Úrnapját követő vasárnapon körmenettel ad hálát a pusztító járványtól történt megszabadulásért.

Modernkori fertőző betegség: a HIV

Napjaink legjelentősebb fertőző betegsége a vér által terjedő HIV-fertőzés.

A HIV-fertőzésre vonatkozó adatok (2022)

- 39 millió HIV-fertőzött (prevalencia)
- 630.000 halott HIV-fertőzéssel összefüggő okból – minden 3. halál oka: tuberkulózis
- Új fertőzöttek száma: 1,3 millió (incidencia)
- Előfordulási gyakoriság: 0,8%
- 15-24 éves fiatalok körében: 0,3% a férfiak, 0,4% a nők között

Forrás: UN (2023)

Kockázati csoportok

Világszinten a fertőzések 70%-a ezekben a népességi csoportokban fordul elő:

- prostituáltak és klienseik
- homoszexuális férfiak
- intravénás drogfogyasztók
- transzneműek
- partnereik

Forrás: UN (2023)

A legnépesebb fekete-afrikai ország, a ma 218milliós és továbbra is gyors ütemben növekvő lakosságú Nigéria legnagyobb epidemiológiai problémáját a HIV-fertőzöttek nagy száma jelenti. Noha a legutóbbi években az előfordulási gyakorisága valamelyest csökkent az ezredfordulón elért csúcsponthoz képest, a fertőzöttek száma az erőteljes népességnövekedéssel emelkedett tovább.

Az AIDS sújtotta országokban a modern társadalmak halandósági jellemzőivel ellentétben a felnőtt korú lakosság körében nem a férfiak, hanem bizonyos korcsoportokban éppen a nők halandósága magasabb: Nigériában a 49 év alatti nők körében a legmagasabb a HIV-fertőzöttek aránya, ám az ország régiói között jelentősek az eltérések. Összességében elmondható, hogy a korábbi fertőzések legnagyobb része a védekezés nélküli szexuális kapcsolatokra és a prostitúcióra vezethető vissza, továbbá jelentős tényező az anyától a gyermek felé történő átadás, és nem utolsó sorban a fertőzött vérkészítmények használata.

A járvány fő okai az alacsony egészségtudatosság a népesség széles (elsősorban iskolázatlan) rétegeiben, a nemi erkölcsök alacsony szintje, a nagyarányú prostitúció és szexuális kicsapongások, a nem hatékony és elégtelen egészségügyi szolgáltatások a szexuális úton terjedő fertőzések terén. Az új HIV-fertőzések csaknem felének védekezés nélküli és/vagy alkalmi szexuális kapcsolat az oka. Elsődleges kockázati csoportnak a prostituáltak, azok kliensei és partnereik, valamint a homoszexuális férfiak és az intravénás droghasználók számítanak.

A HIV előfordulási aránya a Dél-Afrika Köztársaságban és általában az afrikai országokban a legmagasabb – itt a népességnek átlagosan 5%-a fertőzött, melyet a Karib-térség követ.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. A fertőző betegségekből származó elhalálozás (letalitás) mértékét növelte a:
    a. háború
    b. alultápláltság
    c. iskolai végzettség

2. Milyen földrajzi viszonyok között volt gyakoribb a kolera:
    a. dombvidéken
    b. tengerparton
    c. folyóvizek mentén

3. Melyik korosztályban volt a legnagyobb a fertőző betegségek általi halálozás?
    a. csecsemő- és gyermekkorban
    b. felnőttkorban
    c. időskorban

4. A fertőző betegségek visszaszorítására a kereskedelmi útvonalak mentén olyan létesítményeket alakítottak ki, ahol a hatóságok ellenőrizhették az átutazókat. Mi ezek neve?
    a. lazaretum
    b. kontumácia-stáció
    c. ispotály

5. A fertőző betegségek terjedésében közrejátszott a:
    a. háború
    b. illóolajak égetése
    c. karantén

Feladat

Lakóhelyed környékén keress olyan történelmi emléket (feliratot, emléktáblát, stb.), amely valamely fertőző betegség okozta pusztításhoz kötődik!

3. FÉL ÉVEZREDES ÉLETMÓDTANÁCSOK FIATALOKNAK

Tartózkodj sokat friss levegőn! Aludj legalább hét órát éjszaka! Csak akkor egyél, ha éhes vagy, és sose lakjál egészen jól! Kerüld a búbánatot, keresd a derűs emberek társaságát! Nehezen érthető, miért csak a közelmúltban kezdődött el az ehhez hasonló, az egészséges életmódra buzdító üzenetek megfogalmazása és népszerűsítése, mikor ezeket egy egyszerű erdélyi szász orvos sokkal az epidemiológiai átmenet előtt, már 500 éve leírta. Igaz, ezt ő annak idején latinul tette. Erdélyben a harmadik legrégebbi[7], egyúttal az első helyben nyomtatott orvostudományi munka, a Sanitatis Studium Paulu, Brassó városi orvosának tollából származik 1551-ből.[8] Ennek tanulságait foglaljuk össze az alábbiakban, kitérve az egyes részek aktualitására is.

Brassó városa a 16. században

A 16. században Brassó az Erdélyi Fejedelemség legnagyobb és leggazdagabb városává nőtte ki magát. Földrajzi elhelyezkedése a két nagyhatalom, a Habsburg és az Oszmán Birodalom pufferzónájában igen kedvező volt, előnyös helyzetét növelte a Keleti- és Déli-Kárpátok-beli átjárók közelsége. Lakosságának száma 10.000 és 12.000 fő körül mozgott.

Egy korabeli leírás szerint a város „a tudomány művelésében élen járt (…) Az erdélyi városok közül sok tanú szerint egyik sem ennyire népes, (…) ide sereglenek össze a székelyek, az oláhok, az örmények és

---

[7] A két legkorábbi írás Johannes Saltzmann és Sebastian Pauschner orvosoktól származik.

[8] Az eredeti írásnak három példánya maradt fenn, egyet a brassói Honterus-közösség evangélikus levéltárban őriznek.

a görögök, és a török áru, amelyet úgy Moldvából mint Valachiából ide szállítanak, növeli gazdagságát. Ebben a városban a hivatalnokok érdemes és tapasztalt férfiak, különféle nyelveket ismernek, a polgárok pedig a háború és a béke művészetében járatosak."[9] (Reycherstorffer 1550, in Jekelius 1928). Jól fejlett infrastruktúrája mellett nyilvános fürdői, bábasszonyai, kórháza, felcserei, borbélysebészei, füvesasszonyai, fürdősei, orvosai és patikusai voltak.

Brassó virágzó kereskedelmi központként a reformációban is úttörő szerepet vállalt. A folyamatban élen járt Johannes Honterus városi tanácsos, későbbi reformátor és lutheránus városi lelkész, iskolaalapító és humanista, aki egyben könyvsikeres nyomdai vállalkozást is működtetett, és kulturális élete is példaértékű volt. Amikor Paulus Kyr külföldi tanulmányai befejeztével elkezdi orvosi tevékenységét, a városban már lezajlott a reformáció, és a lakosság csaknem teljes egészében áttért a lutheránus-evangélikus hitre. Az egyik legjelentősebb helyi létesítmény a humanista gimnázium (a Studium Coronense) megalapítása is ehhez a folyamathoz köthető. Nyugati minták alapján a régi latin iskola teljeskörű megújításáról van szó: új tanterv alapján korszerű oktatást végeztek, új oktatási anyagokból és új tartalommal. Honterus Európa-szerte elsőként valósított meg tankönyvrendszert a korabeli iskolai igények kielégítésére, és húsznál több tankönyvet nyomtatott. Ilyen körülmények között vált a gimnázium tanárává Brassó akkori városi orvosa, az előkelő családból származó Paulus Kyr is.

Kyr orvosi szaktudásának és tekintélyének bizonyítéka, hogy több ízben kapott meghívást a gyulafehérvári fejedelmi udvarba is, ahol nem kisebb személyiségek kezelését bízták rá, mint Szapolyai János, Izabella

[9] Fordítás: S.Á.

királynő, János Zsigmond és Báthory Zsigmond. Egy ilyen szolgálati úton érhette a halál is 1588-ban, amikor a fejedelmi udvarba hívatták a pestisben szenvedőkhöz.

A brassói Honterus kollégium orvostanáraként Kyr többek között leendő orvostanhallgatókat oktatott. Könyvét, amelyről a továbbiakban szó esik, elsősorban a fiatalság orvosi előképzésének szánta. Ezért is írta latinul, nem pedig németül, ahogyan a szélesebb szász közönség számára tette volna. Kinyilvánított célja, hogy a tanulóifjúság ép testében ép maradjon lelke is. A középkori nagy járványhullámok lecsengése után az európai orvosok komoly erőfeszítéseket tettek, hogy az orvosi tudásra, tapasztalatra alapozva, a hagyományos gyógymódokat segítségül hívva a további katasztrófákat megakadályozzák. Ebbe a szellemiségbe illeszkedik Paulus Kyr könyvecskéje.

A brassói orvos egészségtanácsai az ókori és középkori hagyományra épülnek, melyeket Kyr bécsi és észak-itáliai tanulmányai során szerzett. Gyakran idéz vagy hivatkozik ókori tekintélyekre, elsősorban Hippokrátész, Galénosz és Plinius tanaira, illetve a híres középkori arab orvosra, Avicennára. Sokszor szó szerint átvesz egy kortársa, Pietro Andrea Matthioli orvos és természettudós írásából, ez azonban akkoriban nem számított plagizálásnak, főként nem egy középiskolai tankönyv esetében. Mai tudományos mércéink szerint ez a könyvecske inkább összeállítás, mintsem eredeti közlemény, nem tartalmaz saját tudományos eredményeket. Azonban, ha figyelembe vesszük azt, hogy középiskolás diákoknak oktatási gyakorlati használatra íródott, értéke megkérdőjelezhetetlen, és ez a bibliográfiai ritkaság napjainkig az első Erdélyben nyomtatott orvosi szakkönyvnek számít.

Gyakorlati egészségtanácsok az ifjúságnak

A 16. században, a könyvnyomtatás megjelenése után nem sokkal az egyszerű emberek az egészséges életmódra vonatkozó tanácsokról a kalendáriumokból, praktikus házikönyvecskékből és füveskönyvekből (herbáriumokból) szereztek tudomást. Ezek kiegészítése egy akadémiailag képzett orvos részéről ritkaságnak számít. Könyvekből szerzett szaktudását orvosi tapasztalatával és korának népi egészségismereteivel egészítette ki, a tudományos és hétköznapi ismeretek szerves egységbe fonódnak.

Hogyan éltek, hogyan óvták egészségüket a Kárpát-kanyar lakói? Kyr egészségtankönyve a kora újkori századi erdélyi egészségügyi szaktudás összefoglalása, tulajdonképpen egészséges életmódtanácsokat tartalmazó könyvecske. A szakember egészséges életmódra buzdító tanácsai a táplálkozás, testmozgás, pihenés, tisztálkodás és életvezetés területeit ölelik fel.

Rögtön a bevezetőben leszögezi: az egészség védelme erkölcsi kötelességünk, azt az isteni gondviselés írja elő számunkra. Az ószövetségben Mózes tiszta és tisztátalan élelmeket különböztetett meg, és az egészségre való odafigyelésre oktatott Pál apostol is, amikor tanítványának, Timóteusnak gyomra gyöngesége ellen a bor mértékletes fogyasztását javasolta. Az egészség védelme ugyanakkor egybecseng az ember természetes ösztönével.

A betegség elsősorban a hibás életvitel miatt alakul ki: „Akadnak ugyanis, akik nem önnön testi állapotuk, hanem káros életmódjuk miatt betegeskednek.” (Kyr 1551/2010: 269) Ezt a felismerés máig sem sikerült maradéktalanul elültetni a köztudatban.

Kyr az egészségre ható, ugyanakkor nem a szervezethez tartozó, mai szóval az életmódbeli és környezeti tényezőket azonosítja és tárgyalja sorban. Ezek a levegő, az étel, az ital, a mozgás és a pihenés, az alvás és

az ébrenlét, az ürülés és a telítődés, illetve a lelket érő hatások. Már ekkor felismeri, hogy ezekkel a tényezőkkel mindenkinek testalkata és tevékenysége szerint kell élnie. Ugyanakkor tanácsaiban egyrészt az évszakokhoz igazodik, másrészt figyelembe veszi a „vértípust" is, amit ma személyiségtípusként ismerünk, így eltérő előírásokat fogalmaz meg a „melankolikusabb vérűek", az „epésebb vérűek", a „nyákosabb testűek" és azok számára, akik „jó vérben bővelkednek". A világ népességének ugrásszerű növekedése és a globalizációs hatások következtében jelentős mértékben megnövekedett a táplálkozás uniformizálódása, figyelmen kívül hagyva az egyéni szükségleteket. Kyr az orvostudomány mai állását évszázadokkal megelőzve végzi el a táplálkozás és életvezetés testreszabását: manapság az egészség védelmében az orvostudomány azt javallja, hogy a táplálkozás (csakúgy, mint a gyógyítás), az egyén szükségleteire szabva történjen, annak mennyisége és minősége igazodjon a beteg személyes és regionális igényeihez.

Lássuk ezek után, konkrétan mit tanácsol a szász ifjúságnak a korszak neves orvosa. Hogy csak néhányat szemelgessük tanácsaiból:

1. Fontos jó levegőn tartózkodni, a száraz helységek levegőjét nedvesíteni. Ezt manapság, különösen a téli hónapokra, messzemenően ajánlják a légzőrendszer nyálkahártya-egyensúlyának biztosítására, ezáltal a felső légúti fertőzések megelőzésére. Kerülni kell a nagy népsűrűséget, hiszen a tömeg „hihetetlenül meg képes fertőzni a levegőt". Kyr mindezt évszázadokkal a mikroorganizmusok (és a cseppfertőzés) felfedezése előtt írta, ugyanakkor ismerhette már kortársának, Fracastoro veronai orvosnak a fertőzések keletkezéséről 1546-ban írt munkáját.

2. Azonos időben történő étkezéseket, a jóllakás elkerülését, a hirtelen étrendi változásoktól való tartózkodást írja elő. A szokatlan és természetesellenes táplálkozás ellenjavallata napjainkban is messzemenően aktuális,

ha csak a különböző utazási betegségekre (hasmenés, szalmonella-fertőzés, Hepatitis A), illetve a számunkra idegen élelmiszerek okozta emésztőszervi megbetegedésekre gondolunk. Hasonlóképpen aktuális az a felszólítás, hogy csak éhség esetén vegyünk magunkhoz táplálékot. Napjainkban ez a nassolás kerülését (is) jelenti, amely a világméretű betegséggé előretört elhízás és annak következményei elleni harc egyik jelmondata. A kisebb étkezések, az egyidejűleg kevesebb mennyiség szervezetbe való bevitelének fontosságát ma már tudományos kutatási eredmények támasztják alá, következménye az egyforma energiaeloszlás és ezáltal az egyenletes inzulintermelődés biztosítása. További jelentős felismerés a folyadékfogyasztás fontossága, különösen a nyári hónapokban.

3. A mozgás és a pihenés egyaránt fontos. A mai olvasó számára érdekességként hat, hogy Kyr testmozgásnak tekinti a vitetést (gestation), azaz az utazást csónakban, hordszékben vagy kocsin, de az éneklést is. A mértékletes mozgás evés előtt és után azért fontos, mert különben a fejet pára tölti meg.

Napjainkig a modern táplálkozástudomány két alapelve a kiegyensúlyozott, változatos étrend és az aktív életmód. Mára ez annyira a középpontba került, hogy a média, és sok esetben az élelmiszercimkék nem győzik hangsúlyozni a hibás életmóddal összefüggő civilizációs betegségek megelőzésére. A mozgásszegény életmód hosszú távú káros hatásairól a mai orvostudomány bőséges példákkal szolgál: a 2-es típusú cukorbetegség, a magas vérnyomás, az elhízás és az érelmeszesedés – azaz a „halálos négyes", és az ebből származó idő előtti elhalálozás álljon itt a legfélelmetesebb következményként.

4. A megfelelő pihenés nélkülözhetetlen. Az alvás napi hét óra legyen és mindig éjszaka történjen, bár az ókori szemlélettel ellentétben

már nem ellenjavalja a napközbeni szunyókálást. Ma tudományos kutatási eredmények bizonyítják a rövid alvásidő és az elhízás összefüggését. Ugyanakkor a napközbeni alvásról is bebizonyosodott, hogy kora délután a legmegfelelőbb, és időtartama 20-40 perc (felületes alvás), ami az ébrenlétet és alvást szabályozó cirkadián ritmusnak megfelel. Kyr csaknem ötszáz évvel ezelőtt a háton alvás veszélyeire figyelmeztette az ifjúságot. Ma elsősorban az obstruktív alvási apnoé az, amelytől a kardiológusok óvni szeretnének a háton történő alvás ellenjavallatával, hiszen különösen túlsúly esetén a felső légutak elszűkülésével a légzést akadályozzák. Ezek a légzési szünetek az oxigénellátást csökkentik és ismételt ébredést okoznak a szervezet vészjelző reakciójaként. Márpedig a gyakran megszakított alvás kevésbé pihentető, és az ismert tüneteket okozza, mint a horkolás, a reggeli fejfájás, a fokozott fáradékonyság és lelassult gondolkodás. Az érintett személyeknél a magas vérnyomásnak, a szélütésnek és a szívinfarktusnak is nagyobb a kockázata.

5. Napjaink méregtelenítő kúráinak előformái a kiválasztás (ürítés) különböző korabeli technikái: ilyen a köpölyözés, a hányás (a napi hányáshoz ne szokjunk hozzá), a mértékletes böjt, az érvágás és a beöntés. A ma rettegett aranyeres vérzés „számos igen súlyos kórságtól védelmezhet és óvhat meg" (uő.: 288).

Az igazságosság kedvéért itt szükséges megemlítenünk, hogy a brassói orvos javaslatai közül több ma már nem állja meg a helyét, tudományos megalapozottsága nincsen. Ilyen az évszázadokon át alkalmazott érvágás, melyet sok esetben nem is orvos vagy képzett személy végzett, hanem például a borbélysebészek illetékességébe tartozott. A vér lecsapolása ma már csak ritka esetekben javallott, ilyen a hemokromatózis (vastúltengés), a polyglobulia (a vörösvértestek számának kóros megnövekedése), és a társadalmi szolidaritás formájaként is gyakorolt véradás.

Megmosolyogtató Kyrnek az a meglátása, hogy a hányás siketséget okoz és a látást rontja, bár a fogzománcot a mai tudásunk szerint is minden bizonnyal tönkre teheti. Ugyanakkor sokunk örömére szolgálna, ha helytállna nézete, miszerint a testgyakorlás pezsgőfürdővel is kiváltható, és az elmaradt mozgás helyett elég lenne beülni a forróvizes kádba.

Hasonlóképpen nem állja meg a helyét napjainkban a nedvkórtan (humorálpatológia) sem, amely az ókori görögök (jelesül Hippokrátesz) óta a 19. századig tartotta magát az orvostudományban. E tan szerint a test egészsége a négy testalkotó nedv egyensúlyában rejlik, és a betegségek kialakulásáért a vér, a sárga epe, a fekete epe és a nyák arányainak felborulása a felelős. Szerzőnk ennek szellemében fogalmazta meg az orrvérzés jótékony hatásáról szóló nézetét, miszerint az jót tenne az agy dugulásai és a fejből alácsorgó nedvek ellen. Az érvágás, mint rendszeres tavaszi tisztítókúra mára szintén kikerült a gyakorlatból.

6. Az egészségtankönyv a legmegmosolyogtatóbb tanácsokat a nemi élet vonatkozásában adja: „A szakadatlan szerelmeskedés árt a szemnek, minden érzékszervnek, a fejnek, az izomzatnak, a légzőszerveknek, a veséknek, a lágyéknak és a csípőnek, sietteti az öregedést, sőt a halált is, hiszen általában elerőtleníti a testet." (uő.: 289) Ez a szövegrész szintén a nedvkórtanból ihletődött, és bár ma derülünk rajta, ráirányítja a figyelmet a nemi úton terjedő betegségekre, a régmúlt (szifilisz) és napjaink (HPV, HIV) egyik jelentős egészségkockázatára.

7. A tanulóifjúságnak nemcsak a testi, hanem a lelki egészsége is fontos. Az orvos ennek külön alfejezetet szentel, és a bánat, gond, szorongás és tépelődés ellenszerét a következőkben jelöli meg: „Lelki megpróbáltatások alkalmával tehát tisztes vigaszt keress, víg barátokkal és társaságban töltsd időd, pengess lantot, játssz hegedűn, énekelj édesen zengő dalt, amely messze űzi a bánatot a szívből, a lelkedet helyrebillenti" (uő.: 290).

500 éves dietetika

A 16. századi egészségtankönyv további kultúrtörténeti csemegével is szolgál. Az általános tanácsok, a nem a szervezethez tartozó tényezők bemutatása és az azokkal kapcsolatos tanácsok megfogalmazása után egy táplálkozástudományi rész következik, amelyben Kyr a táplálékok típusait ismerteti, továbbá tápláléktáblázatot készít az élelmiszerek tápértéke, nedvességtartalma és a személyiségtípusokra gyakorolt hatása szerint. Ebben a részben a brassói orvos összefoglalja mindazt, amit a maga korában a korszerű egészséges életmóddal kapcsolatban fontosnak, követendőnek tartottak. A dietetika ókori alapelveire építve gyakorlati életviteli és táplálkozási tanácsokat ad olvasói kezébe. Alapelve, hogy „egészségesnek, betegnek semmi sem hasznosabb, mint a megfelelően alkalmazott böjt vagy mértékletesség" (uő.: 286).

A könyvecske ezen záró részéből tudomást szerezhetünk a 16. századi táplálékok és italok hatásairól, közöttük az Erdélyben akkor még kevéssé ismert, de ma már konyháink elengedhetetlen részét képező növényekéről. Fontos ugyanakkor, hogy a szerző nemcsak különlegességeket sorakoztat fel, amelyeket minden bizonnyal csak kortársai tanulmányaiból ismert (pl. mediterrán fűszereket), hanem helyi hétköznapi táplálékokat, valamint olyanokat, amelyek Erdélyben már akkor is léteztek vagy beszerezhetők voltak. Néhány egzotikus gyümölcshöz, amelynek leírását az útmutató tartalmazza (citrom, narancs, mandula, datolya, pisztácia, gránátalma), a dél-keleti kereskedelmi útvonal útján lehetett hozzájutni, jóllehet ezek az ínyencségek elsősorban a gazdag szász nagyvárosokba, Brassóba és Szebenbe, ezen belül is a tehetősebb családokhoz juthattak el, és nem képezték részét az egyszerű emberek hétköznapi táplálkozásának, ahogyan a magyarságénak sem. Azonban több olyan őshonos élelmünket, melyről említést tesz, azóta már csaknem elfeledtünk: ilyen a makk, a

mézbor, a köles és a hajdina. Fontos tovább, hogy a legtöbb mai alapélelmiszerünket a szerző akkoriban még nem ismerte. A kukorica, napraforgó, burgonya, paradicsom, a kávé akkoriban még ismeretlen volt Európában, legalábbis Erdélyben még nem termesztették.

A könyvecske megírásának időszakában, a késő reneszánsz időszakában kezdett szokásba jönni a napi háromszori étkezés, bár Kyr még a napi két alkalmat javallja. A reggeli és az ebéd alkalmával is fogyasztottak levest. A levesek közül a húslevest, hallevest, karalábélevest és lencselevest tárgyalja. A déli étkezés volt a legbőségesebb, rendszerint ekkor ettek húst (marha- vagy disznóhúst). A vacsora kisebb jelentőségű étkezés volt. Ezidőtájt növekedett meg az édességek jelentősége, a középkori mézalapú élelmek helyét a barnacukorral készített sütemények veszik át. A középkori méz vélhetően nem volt jó minőségű, hiszen ízét keserűnek minősítik, és a mézzel való édesítést inkább a szegények, a cukor használatát a nemesek számára ajánlják. Az asztalon helyet kaptak a gyümölcsök is, melyek már ekkoriban is lehettek deli gyümölcsök, ám nem nyersen, hanem főve fogyasztották őket. Furcsamód lekezelően nyilatkozik őshonos gyümölcseinkről: „Azok a gyümölcsök, amelyekkel az emberek táplálkozni szoktak, mint a körte, az alma, a szilva és a barack, híg és nedves tápanyagot nyújtanak a szervezetnek, csekély tápértékűek, és káros nedveket termelnek" (uő.: 302). Ez a meglátás teljességgel ellentétes az őshonos élelmeket napjainkban felértékelő szemléletével. Kyr ítélete nem kíméli a gombaféléket sem, különösen a ma aranyáron vásárolható szarvasgombát, amely a nedvkórtani elmélet értelmében káros, hideg, nyákos nedvű. A tejet is csak az újszülöttek és a kisgyermekek fogyasztották, javarészt csak sajtként hasznosították.

Az alkoholról viszonylag keveset értekezik, kiemeli a vörösbor vérképző, jótékony hatását. A tömény italokról viszont nem esik szó írásában, vélhetően azért, mert a párlatfőzés technikája a Barcaságban

azidőtájt még nem volt ismert. Az aquat vitae-t (pálinkát) alapvetően gyógyszerként használták, ekként javallja a szerző is.

A könyvecske számos erénye közül ma talán az tekinthető a legnagyobbnak, hogy az életvezetés fontosságát hangsúlyozza, mint az egészségre ható legfontosabb egyéni, alakítható tényezőjét. Ehhez képest eltörpülnek azok az állítások, amelyekről csak később, az orvostudomány fejlődésével bizonyosodott be, hogy tévhitek voltak, hiszen az adott korban a tudomány akkori fejlettségi szintjén naprakész tudásnak számítottak. Mára az egészségnevelés, éppen a civilizációs betegségek megelőzése végett, a civilizált világ egyik legsürgetőbb feladatává nőtte ki magát, és ebből a megközelítésből Kyr tankönyve mit sem vesztett aktualitásából. Tankönyvként pedig mindenképp megállja a helyét, amennyiben célja kora ifjúságának egészségre való nevelése volt. A kutatóknak nincs tudomása arról, hogy korában máshol is használták volna, nem futott be nemzetközi karriert. Ennek ellenére nemcsak orvos- és egészségtörténeti, hanem művelődéstörténeti szempontból is nagy hatású összeállítás, mely fényt derít az európai reneszánsz orvoslás erdélyi fogadtatására és alkalmazására is, így méltán tekinthetjük a kora újkorban Erdélyben is rohamosan kitáguló világ egyik első hírmondójának. A régi szokásokról szóló fejtegetések a széles közönség számára is tanulságosak, és egyenesen olvasmányosak.

A lutheránus orvos az emberéletnek az Istentől elrendelt céljára hivatkozva egyenesen római katolikus miseszövegből[10] idéz, amikor az egészséget védelmét kötelességünknek írja elő: „(…) nehogy kárt tegyünk a testben, a lélek e csodás lakhelyében, hanem inkább gondosan ügyeljünk rá, gondozzuk és tápláljuk avégett, hogy az áhított öregkort elérjük, és magas kort megérve töltsük be természet-adta sorsunk" (uő.: 292).

[10] Az „Asperges me" antifóna végéből idéz.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. A régi egészségtankönyvben a reneszánsz orvoslás szemlélete nyilvánul meg.

Eszerint mi a betegségek fő oka?

a. a genetika
b. a hibás életvitel
c. az Isteni elrendelés

2. Milyen táplálkozási tanácsot ad az első Erdélyben nyomtatott egészségtankönyv?

a. gyakran kell éhezni
b. kerülni kell a jóllakást
c. gyakran kell táplálkozni

3. Mire szolgált az elmúlt évszázadokban az érvágás?

a. öngyilkosságra
b. méregtelenítésre
c. rituális fogadalomtételre

4. Miért kell védenünk egészségünket a régi egészségtankönyv szerint?

a. mert ez Isten adta kötelességünk
b. hogy betegen ne legyünk terhére családunknak
c. hogy

5. Mit ajánl a szász orvos a lelki bántalmakra?

a. gyógyfüveket
b. társas időtöltést
c. testmozgást

4. AZ EPIDEMIOLÓGIAI ÁTMENET

Az emberiség kb. 200.000 éves történelmének legnagyobb részében a világ népessége alacsony volt, és csak nagyon lassan növekedett. A nagyobb növekedéseket demográfiai visszaesések követték az éhínség, a háborúk és a fertőző betegségek következtében. A sok születés sok halálozással járt együtt, különösen a csecsemők és a kisgyermekek körében.

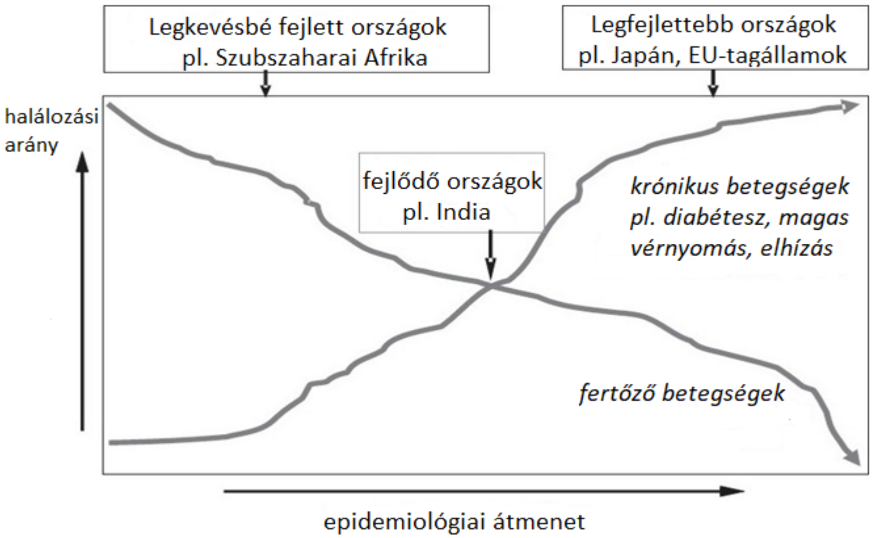
Az ipari forradalom előtt egyetlen társadalomnak sem sikerült kitörnie ebből az önszabályozó ritmusból. London 17. század közepi halálozási statisztikáit vizsgálva azt látjuk, hogy négy elhalálozásból három a következőkből származik: fertőző betegségek (tuberkulózis, hasmenés), alultápláltság, az anya gyermekágyi halála.

Csak az iparosodás és az ezzel járó technikai újítások tették lehetővé a pótlólagos élelemforrások megteremtését. Elsősorban a jobb táplálkozási, másodsorban a jobb lakhatási viszonyoknak köszönhető a halálozás csökkenése, amely nagy népességnövekedést tett lehetővé. Ez volt az első demográfiai átmenet. Ezzel a demográfiai és technológiai átmenettel párhuzamosan zajlott az epidemiológiai átmenet a világ fejlett országaiban, és jelenleg is zajlik a többi földrészeken (Omran 1971).

Az epidemiológia a betegségek és halálozások eloszlásával, meghatározó tényezőivel és következményeivel foglalkozik a népesség különböző csoportjaiban.

Az epidemiológiai átmenet a betegségek és halálozások mintázatának változását jelenti a hagyományos társadalmaktól a modern társadalmak felé. A megbetegedések és halálozások tekintetében a krónikus betegségek felülmúlják a fertőző betegségeket.

1. ábra: Az epidemiológiai átmenet folyamata



Forrás: Stewart-Wilson et al. 2018, saját szerkesztés

Ma a legtöbb európai országnak, a többi fejlett országhoz hasonlóan, elöregedett a népessége és a várható élettartama magas. A halálokok közül a legtöbb az életmóddal összefüggő krónikus betegség.

Fontos megjegyezni, hogy az epidemiológiai átmenet elsősorban társadalmi eredetű

Az iparosodással együtt járó gazdasági, szociális és kulturális változások közül kiemelkedik az életszínvonal növekedése, az egészség-magatartás, a tisztálkodás és a táplálkozás javulása, a jobb lakásviszonyok. Ezeket a fejleményeket később tovább erősítette az ún. higiéniás forradalom, mely a 19. század második felében az Egyesült Államokban és Európában

több súlyos kolerajárvány után zajlott le. Ekkorra gyülemlett fel a tudás a fertőzött vízzel és élelemmel kapcsolatosan, amely a kolerát és egyéb fertőző betegségeket terjesztette. A tiszta ivóvíz biztosítása, az emberi és állati hulladék biztonságosabb eltávolítása és tárolása, az élelmiszerek tisztán tartása látványosan csökkentették a hasmenéses okokból bekövetkező halálozások számát, kiemelten a csecsemők és kisgyermekek körében. Ezek a közegészségügyi intézkedések már az orvostudományi forradalom előtt hozzájárultak a fertőző betegségek visszaszorításához. Azok az orvosi fejlesztések, amelyek a mai életminőségünkhöz hozzájárulnak, csak a 20. század során játszottak szerepet, tovább javítottva az általános egészségi állapotot és növelve a születéskor várható élettartamot, elsősorban az antibiotikumok és az oltások feltalálásával és elterjedésével.

Az orvostudománynak a fertőző betegségek fölött aratott győzelme ellenére még a 21. század első évtizedeiben is újra meg újra felütötték a fejüket a járványok, amelyek közül néhány pandémiává (világjárvánnyá) nőtte ki magát.

Az epidemiológiai átmenet a fejlett világban már lezajlott: a fő halálokokat ma nem fertőző, hanem az életmóddal nagymértékben összefüggő krónikus betegségek jelentik. Ma tíz elhalálozásból hét nem fertőző krónikus betegség vagy baleset következménye, míg a fertőző betegségek az elhalálozásoknak mindössze 10%-áért felelősek.

A világ kevésbé fejlett térségeiben a halandóság javulása Európához képest sokkal gyorsabb ritmusban zajlott le: a 20. század közepétől gyors csökkenésnek indult a halandóság. Ez vezetett a demográfiai robbanáshoz, a népességszám megkétszereződéséhez 40 év alatt. Ezekben az országokban a halandóság javulásában leginkább a fertőző halálokok visszaszorulása játszott szerepet. Az életszínvonal alig emelkedett, nem játszott lényeges szerepet a javulásban, azonban jelentős volt a fejlett országokban kipróbált,

viszonylag olcsó közegészségügyi intézkedések átvétele, mint a maláriát okozó szúnyog irtása repülőről szórt DDT-porral és a HIV-fertőzöttek számára az antiretrovirális kezelés hozzáférhetővé tétele. Jelentős volt továbbá az egészséges ivóvíz és a csatornázás hatása. A látványos javulás ellenére sok afrikai országban továbbra is az elhalálozások jelentős része fertőző halálokok következménye.

Az sem teljesen biztos, hogy ezekben az országokban a halandóság javulása töretlenül fog folytatódni. Ennek egyik oka a HIV/AIDS térhódítása, melyben olyan társadalmi tényezők játszanak szerepet, mint a laza szexuális erkölcs és a kábítószer-fogyasztás. A HIV/AIDS aggasztó mértékű előfordulása a fertőző betegségekből származó halandóságot növeli.

Az epidemiológiai átmenet halálozási jellemzői Romániában

Romániában az epidemiológiai átmenet a 20. század második felében zajlott, amikor a fertőző betegségek visszaszorulásának és az életmód változásainak következtében megemelkedett a mai vezető halálokok aránya. A halandóság legalacsonyabb értékeit nálunk az 1960-as évek közepén mérték. Ekkortól kezdve a fejlett nyugati országokban lelassult a javulás üteme, hiszen megváltozott a haláloki struktúra. Mivel már visszaszorult a fertőzés, mint elsődleges halálok, a további javulás már lassabban ment végbe.

Kelet-Európában viszont más jelenséggel találkozunk az 1970-es és 1980-as években. Itt nemhogy lassan javulnának az életkilátások, hanem újra növekedni kezd a halandóság. Ennek okai a következők:

- a krónikus (új típusú) betegségek kezelésére sokkal bonyolultabb és drágább eljárásokra van szükség, mint a viszonylag egyszerűen kezelhető fertőző betegségek esetén,
- a megelőzésre és szűrésére nem volt elegendő pénz és tudás,
- a hagyományos étkezési szokások fennmaradtak olyan körülmények között, amikor a munkavégzés jellege megváltozott és nem indokolta a régi táplálkozási szokásokat (a mezei munka helyett a lakosság nagy része könnyebb fizikai munkát vagy rutin szellemi munkát végzett, ami nem járt akkora testi igénybevétellel),
- széles körben elterjedt a cigarettafogyasztás (ez ekkoriban a fejlettebb országokban is így volt, néhány évtizedig a tüdőrák nagy gyakorisága miatt ott sem javult sokat a halandóság)
- egészségtudatosság hiánya a lakosságban
- az iparosodás rossz hatásai, rossz munkakörülmények és erőteljes környezetszennyezés (Meslé, Vallin, 2017).

Ezekhez a Kelet-Európára nézve általános jellemzőkhöz Romániában hozzáadódik az 1966-ban bevezetett abortusztilalom hatása, amely a csecsemőhalandóság időszakos emelkedését okozta.

Összefoglalás

Az epidemiológiai átmenet a demográfiai, gazdasági és társadalmi változásokkal párhuzamosan zajlik.

A modern társadalmakban magas a születéskor, valamint a későbbi életkorokban várható élettartam, és az egészségesen várható élettartam is növekszik. Ma tíz elhalálozásból hétnek valamilyen krónikus betegség az oka.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Az epidemiológiai átmenet ezzel a folyamattal párhuzamosan zajlott
   a. az egészséges életmód népszerűvé válásával
   b. az orvosi technológiák tökéletesedésével
   c. az első demográfiai átmenettel

2. Az epidemiológiai átmenet során főként azért csökkent a fertőző betegségek részaránya a halálozásban, mert
   a. megnőtt a krónikus betegségek aránya
   b. orvostudományi forradalom zajlott
   c. javult a táplálkozás és a köztisztaság

3. Miért emelkedett a csecsemőhalandóság Romániában az 1960-as évek második felében?
   a. az egészségügyi ellátás romlása miatt
   b. az abortusztilalom miatt
   c. a születéskor várható élettartam csökkenése miatt

4. A 20. században a születéskor várható élettartam növekedésének elsődleges oka
   a. a krónikus betegségek arányának csökkenése
   b. az orvostudományi fejlesztések
   c. a lakosság iskolai végzettségének emelkedése

5. Az epidemiológiai átmenet előtt ezek a betegségek voltak a leggyakoribbak:
   a. krónikus betegségek
   b. fertőző betegségek
   c. pszichés betegségek

5. KRÓNIKUS BETEGSÉGEK ÉS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK

A krónikus (nem-fertőző) betegségek arányának növekedése mögött több tényező áll:

- a fertőző betegségek visszaszorulása: a legtöbb fertőző betegség ma védőoltással megelőzhető, illetve fejlett orvosi eljárásokkal kezelhető vagy szinten tartható.
- a népesség elöregedése: a fejlett országokban egyre többen érik meg az időskort, márpedig a krónikus betegségek jelentős része elsősorban az időskorú népességet érinti. A 65 éven felüli népességnek egyharmada legalább egyfajta akadályozottságról számol be mindennapi életvitele során, és 40% legalább két krónikus betegséggel él.
- környezeti tényezők (urbanizáció, levegőszennyezés): a napfény mennyiségének csökkenése hozzájárul a krónikus hörghurut kialakulásához és egyéb légúti megbetegedésekhez.
- megváltozott étrend: az iparilag előállított élelmiszer színezéket, adalékanyagokat és tartósítószert tartalmaz, illetve fennmaradt a kalóriadús táplálkozás olyan körülmények között, amikor ez már nem indokolt, hiszen az emberek legnagyobb része nem fizikai munkát végez.
- a precíziós orvoslás előretörése, amely a diagnosztika lehetőségeit tökéletesíti: a legtöbb betegséget ma már sikerül azonosítani (Barry, Yuill 2016).

A krónikus betegségek néhány kockázati tényezője

A gazdaságilag fejlett társadalmakban a fő megbetegedések és halálokok a keringési betegségek és a rák, és jelentős probléma a rossz egészségi állapotban leélt életévek és az elvesztett életévek: az idő előtti elhalálozások, amelyeket valószínűleg el lehetett volna kerülni.

Az egészségkockázatok az egészség nem-orvosi meghatározói. Az egyénnek mindazok a jellemzői, tulajdonságai és kitettségei tartoznak ide, amelyek megnövelik a valószínűségét egy betegség kialakulásának vagy baleset elszenvedésének (OECD 2023). Ezen tényezők közül az alábbiakban a legjelentősebbeket tekintjük át.

Egészségmagatartás

Az egészségmagatartás a krónikus betegségek egyik meghatározója, hiszen a legtöbb krónikus betegség az életstílusban gyökerezik. A legnagyobb betegségterhet a szív- és érrendszeri megbetegedések hordozzák, minden harmadik halálok előidézőjeként. Ezek között a leggyakoribban az iszkémiás szívbetegségek (szívinfarktus) és a cerebrovaszkuláris betegségek (az agyi érellátással kapcsolatos betegségek, agyvérzés), melyek okai között élen jár a kedvezőtlen életstílus. A második leggyakoribb halálok a rák, minden negyedik elhalálozásért felelős (Eurostat 2021).

Nemzetközi kutatások sora tanúskodik a felnőtt népesség egészségtelen szokásairól, és a longitudinális kutatások arra is rámutatnak, hogy ezek a szokások már gyermekkorban kialakulnak.

Egészségmagatartásunkért magunk vagyunk felelősek. A helytelen táplálkozás és az ülő életmód (szedentarizmus) a szolgáltatói társadalmak jellemzői, és gyakran túlsúlyhoz vezetnek, megnövelve a szív- és érrendszeri megbetegedések és a 2-es típusú diabétesz kockázatát. Világszerte az 5 éven aluli kisgyermekeknek már 7%-a túlsúlyos (WHO 2014).

A túlsúly javarészt a helytelen táplálkozásra, a fizikai aktivitás hiányára és a munkával összefüggő stresszre vezethető vissza (WHO/Europe 2018, Eurofound 2021). A helytelen táplálkozás és az ülő életmód, ami túlsúlyhoz és ezáltal közvetetten a koleszterinszint növekedéséhez és magas vérnyomáshoz vezet, jellemzően a modernitás és a megváltozott munkakörülmények következményei.

Az Eurofound rendszeres kérdőíves kutatásai a munkával összefüggő stressz növekedéséről számolnak be (Eurofound 2021). A hosszan tartó krónikus stressz fogékonnyá tesz úgy a mentális, mint az egyéb betegségekre.

A kockázati magatartásformák között élen jár az alkoholfogyasztás, a dohányzás, az illegális drogfogyasztás. Ezek mellett a kockázatos szexuális viselkedésnek is károsak a következményei. Nemcsak a HIV-fertőzés kockázatát, hanem – különösen a nők számára – a méhnyakrák kialakulásának veszélyét is magában rejti.

A fejlett országok legtöbbjében részben a kulturális szokásokból, de a rossz mentális egészségi állapotból eredően is magas az alkoholfogyasztással összefüggő morbiditás és mortalitás. A drogfogyasztás életprevalenciája eltérő az egyes országokban. Aggodalomra ad okot az új pszichoaktív szerek és szintetikus ópiátok megjelenése, és a kábítószer-túladagolásból származó halálozás növekedése. A dohányzásban azonban sikerült eredményeket elérni: a dohányzók száma Európában csökkent az elmúlt évtizedekben (OECD/EU 2020).

Környezeti hatások

A 21. század elejére a légi- és szárazföldi közlekedés, az ipari termelés és az erdőkitermelés súlyos légszennyeződést idéztek elő, amely a krónikus légzőszervi megbetegedések nagy számában mutatkozik meg.

Egészségügyi szolgáltatások alacsony szintű igénybevétele

A fejlett társadalmakban az egészségügyi ellátás viszonylag hatékonyan működik és általánosan hozzáférhető. Természetesen akadnak elszigetelt települések, és a távolságok gátat szabhatnak annak, hogy a rászorulók eljussanak az ellátórendszerbe. Mégis, helyenként az egészségügyi biztosítás hiánya, a hosszú kezelési várólisták, a kezelések költségessége, de a lakosság egészségtudatosságának hiánya is azt eredményezi, hogy nem mindenki veszi igénybe/tudja igénybe venni a rendelkezésre álló szolgáltatásokat.

A rákszűrő programokon való részvétel aránya országonként és országokon belül társadalmi rétegenként változó. Tudományos kísérletek a következőket találták hatékonynak a részvétel elősegítésére: postai és telefonos emlékeztetők, a háziorvos aláírása a meghívólevélen, a vizsgálatra előre meghatározott időpont a választható időpont helyett (Camilloni et al. 2013).

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének alacsony szintje egyes népességi csoportokban szintén hozzájárul az egészségi állapot kockázataihoz.

Oltásbizonytalanság és oltásellenesség

A legutóbbi években jutott az érdeklődés középpontjába az oltásbizonytalanság és oltásellenesség mint egészségkockázat.

A huszadik század során a fertőző betegségek visszaszorításának fő eszközei az oltások voltak. A tömeges oltásokkal a lakosság egészségi állapotának javulását, a gyermekhalandóság csökkentését, a születéskor várható élettartam növekedését érték el.

A himlőt sikerült gyakorlatilag teljesen visszaszorítani a gyermekkori oltásokkal, egyben ez volt az első sikeres immunizációs kampány. Ugyanakkor már 1867-ben létrejött egy, az oltás kötelezővé tétele ellen harcoló mozgalom.

Az oltásbizonytalanság és oltásellenesség ma is divatos közegészségügyi téma, kutatások próbálják megérteni a jelenség mögötti okokat. A legutóbbi eredmények szerint az oltásellenesség fő indítéka az oltások biztonságosságának megkérdőjelezése. Gyakori tévhit például az, hogy a fiatal lányok számára beadott HPV elleni védőoltás később meddőséget okozhat.

Az oltakozási hajlandóságban különbség van a nemek között: a nők hajlandóbbak együttműködni. A Covid-19 elleni védőoltás felvételében a regionális különbségek is jelentősek, Kelet-Európában nagyobb volt az oltással szembeni ellenállás. A magasabb végzettségű és jobb jövedelmű emberek hajlamosabbak az oltakozásra. Összességében a legnagyobb arányban nem azok a személyek adatták be az oltást, akik maguk vagy családtagjuk átesett a betegségen, hanem ahol az országban magas volt a Covid-19 miatti elhalálozás mértéke.

Térbeli egészségegyenlőtlenségek: Európa kelet-nyugati megosztottsága az egészségi állapot terén

Európa keleti és nyugati fele között mindig volt valamennyi különbség az egészségi állapotban, a mi térségünk kárára. Ugyanakkor a huszadik század folyamán javultak az egészségmutatóink, és az 1960-as években már megközelítettük azt a várható élettartamot, ami a nyugati országokra volt jellemző. E javulás után azonban ismét távolodni kezdtek egymástól a nyugat- és kelet-európai országok halálozási viszonyai, főként a nyugati életszínvonal javulása miatt. A nyugati fejlődésben úttörő szerepet játszott az új gyógyító eljárások kifejlesztése, az egészségügyi ellátórendszer teljesítménye, az alkoholfogyasztás csökkentése, a közlekedésbiztonság javítása és a megelőzés (prevenció), de a lakosság nagyobb felelőssége is életmódja iránt.

Mára újra egyfajta közeledés jelei láthatóak: a kelet-európai országokban a halálozási arányok kezdik megközelíteni a nyugat-európai országokéit (Meslé, Vallin 2017).

A halálozásban már egy jelentéktelennek tűnő mozzanat is nagy javulást hozhat: a Szovjetunióban Gorbacsov 1985 és 1987 között részleges alkoholtilalmat vezetett be, amikor a fogyasztást erőteljesen korlátozták, az alkohol árát nagyon megemelték, nagybani és napközbeni árusítást megtiltották, a munkahelyen és közterületeken fogyasztókat megbüntették. Már egy ilyen rövid idő is elég volt ahhoz, hogy javuljanak az életkilátások, hiszen az alkoholos eredetű májzsugorból és az alkoholfogyasztás egyéb kísérőjelenségeiből (pl. erőszakból, balesetből) származó halandóság jelentős mértékben visszaszorult.

Ekkora mértékű javulásra természetesen nem lehet minden esetben azonnal számítani, hiszen például a daganatos halálokok esetében egyetlen egészségügyi intézkedés nem hoz ilyen látványos javulást. Az azonban reményre ad okot, hogy az EUROCARE (European Cancer Registry) európai rákregiszter adatai alapján a rosszindulatú megbetegedésekből származó halálozás terén az utóbbi években Európa-szerte némi javulás tapasztalható, ami elsősorban a szervezett szűrési programoknak és a fejlettebb kezelési eljárásoknak köszönhető. Ugyanakkor az európai országok (Nyugat és Kelet) közötti túlélési különbségek is csökkentek néhány daganattípus esetében. A mellrák, a végbélrák, a prosztatarák és a melanoma azok a rákos megbetegedések, amelyekből ma jobb eséllyel épül fel egy kelet-európai beteg, mint akár néhány évvel korábban. Térségünkben a leggyakoribb daganatos megbetegedések ötéves túlélési rátája a következőképpen alakul: a vastagbélrákot az érintettek 49%-a, a végbélrákot 45%-uk, a melanómát 74%-uk, míg a mellrákot 75%-uk éli túl legalább öt évvel (De Angelis et al. 2014: 23-24).

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Kelet-Európa halálozási viszonyai ekkor álltak a legközelebb a nyugatihoz:

   a. 1960-as évek
   b. 1910-es évek
   c. 1990-es évek

2. A fejlett országokban a leggyakoribb halálok a
   a. daganatos betegségek
   b. mentális betegségek
   c. keringési betegségek

3. Milyen esetben éltek a legtöbben a Covid-19 elleni védőoltás lehetőségével?
   a. ha a családtagok átestek a betegségen
   b. ha ők maguk átestek a betegségen
   c. ha az országban magas volt a betegségből adódó elhalálozás

4. Az utóbbi években a dohányzók aránya Európában
   a. nőtt
   b. csökkent
   c. változatlan maradt

5. A történelem első sikeres oltáskampánya ennek a betegségnek a visszaszorítását okozta:
   a. kolera
   b. himlő
   c. Covid-19

6. TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A társadalmi helyzet és az egészségi állapot összefüggése

A fejlett országokban a születéskor várható élettartam magas, és az egészségesen várható élettartam is sokat növekedett. Ma a halálesetek 70%-a krónikus betegségekre vezethető vissza, melyek a táplálkozással és az életstílussal állnak összefüggésben.

Ugyanakkor, az egészségi állapot általános javulása ellenére továbbra is számottevőek a társadalmi egyenlőtlenségek a megbetegedések és a halálozás tekintetében.

Az **egészségegyenlőtlenségek** az egészségi állapot szisztematikus különbségei, amelyek a különböző társadalmi helyzetek, társadalmi osztályok, nemek, etnikumok, szexuális irányultságok és egyéb társadalmi csoportok között léteznek az anyagi és nem anyagi erőforrásokhoz való hozzáférésben (Eikemo, Øversveen 2019).

Legegyszerűbben úgy foglalhatjuk össze, hogy akinek jobb a társadalmi-gazdasági helyzete, az egészségesebb és tovább él, mint a társadalom alsóbb rétegeihez tartozók.

Egyenlőtlenség vs. esélyegyenlőtlenség

Fontos elméleti szempont, hogy megkülönböztessük az egészségegyenlőtlenségeket az egészségi állapot esélyegyenlőtlenségeitől. Az egyenlőtlenségek egy része elkerülhetetlen, másik részük igazságtalan és elkerülhető.

Egyenlőtlenség az egészségi állapot minden olyan mérhető, számszerűsíthető jellemzője, amely különbözik az egyének vagy társadalmi csoportok között. Ez tehát a mennyiségi különbségek mutatója, és a meghatározásban nincs erkölcsi ítélet arról, hogy ezek a különbségek igazságosak-e vagy sem.

Az **esélyegyenlőtlenség** az egészségi állapot méltánytalan, igazságtalan különbségeit takarja, amelyek jelentős része megelőzhető és nem szükségszerű. Ilyenek a faj vagy vallási meggyőződés alapján létrejött különbségek, amelyek és az erőforrások és az egészségkockázatok egyenlőtlen megoszlását tükrözik.

Az a tény, hogy a huszonévesek egészségi állapota jobb a hatvanasokénál, egyenlőtlenséget tükröz, amelyek legnagyobb része elkerülhetetlen. A jellegzetesen női nemi hormon, az ösztrogén a nemi éréstől a menopauzáig védi a nőket a szívkoszorúér-betegség ellen, miközben a férfiak ilyen biológiai előnyt nem élveznek. Ezeket a különbségeket nem tekintjük méltánytalannak.

Ha azonban a csecsemőhalandóság etnikai különbségeit nézzük, amelynek mértéke magasabb a roma népességben, mint a magyarok és románok körében, ez nemcsak egészségegyenlőtlenség, hanem esélyegyenlőtlenség is. Ezek okai részben megelőzhetőek lennének, és olyan tényezőkre vezethetők vissza, mint az iskolázottsági szint, az egészségügyi szolgáltatásokhoz és a várandósgondozáshoz való hozzáférés. A csecsemőhalandóság etnikai különbségeit tehát a kielégítetlen egészségügyi szükségletek különbségei magyarázzák.

Az egészségegyenlőtlenségek filozófiai és jogi szempontból az igazságosság és igazságtalanság kérdését vetik fel, mert emberek egyes csoportjait társadalmi helyzetük alapján méltatlanul vannak megfosztja az életesélyeiktől. Az egyenlőtlenségek népegészségügyi problémát is jelentenek,

hiszen akadályozzák a népesség teljes egészségpotenciáljának megvalósulását. Továbbá a gazdaságnak is gondot okoznak, mert rossz hatással vannak a munkavállalásra, a gazdasági növekedésre és a közkiadásokra.

Az egészségi állapot vizsgálata társadalmi csoporthovatartozás szerint

Az egészségegyenlőtlenségek tanulmányozásakor nagyrészt az egészségi állapotnak a társadalmi csoportok szerinti különbségeit vizsgáljuk. Elméletileg lehetséges lenne az egyénekre fókuszáló vizsgálódási mód, amikor valamilyen mutató megoszlását a teljes népességben vizsgálnánk, eltekintve a társadalmi csoportoktól. Ilyen módon vizsgálták például a globális jövedelemegyenlőtlenségeket, és rávilágítottak arra, hogy a gazdag országok szegényei tulajdonképpen gazdagabbak, mint a szegény országok gazdagjai – rámutatva az erőforrások globális egyenlőtlenségeire (Murray et al. 1999). Ez a megközelítés azonban nagyon ritka, az egészségszociológia sokkal inkább a társadalmi csoportok szerinti vizsgálódik. A WHO javaslata is az, hogy az egyes országok az egészségmutatókat társadalmi csoportok szerint, az ún. egyenlőtlenségi rétegző tényezők szerint jelentsék. A társadalmi csoportok szerinti vizsgálat egyben lehetővé teszi a jelenlegi egészségegyenlőtlenségek kulturális és történeti okainak a megértését. Elég, ha az indiai kasztrendszerre gondolunk, amely az egyenlőtlenségek egyik legsúlyosabb ismert példája. Ez a megközelítés lehetővé teszi a beavatkozások megtervezését, az esélyegyenlőtlenségek ellenőrzését, a jelenségek tágabb összefüggésekben való értelmezését.

Ilyen vizsgálati kérdés lehet, hogy a testtömegindex átlagosan a szegények vagy a gazdagok körében magasabb. Sok országban a vallási hovatartozás is döntő lehet az egészségkimenetekre. Azzal a tudással és

helyismerettel mindig a kutató rendelkezik, amely alapján eldönti, hogy elegendő-e például egyszerűen keresztény és nem-keresztény csoportokra osztani a vizsgálati célcsoportot, vagy szükség van ennél részletesebb megkülönböztetésre, mondjuk a katolikus és protestáns különbségtételre a keresztények csoportján belül.

Oksági összefüggések az egészségszociológiában

Ha két tényező közötti oksági viszonyt vizsgáljuk, sok esetben világos, hogy egy harmadik tényező is hatással van erre az összefüggésre. A munkakör és a magas vérnyomás közötti összefüggés vizsgálatában a jövedelemnek **mediátorhatása** (közvetítő szerepe) lehet. A foglalkozás meghatározza a jövedelmet, amiből az ember egészséges táplálékot vásárolhat, megfelelőorvosi ellátásban részesülhet, esetleg stresszt észlelhet a rossz anyagi helyzete miatt. Ha valóban így van, és a foglalkozás a jövedelmen keresztül hat, akkor a foglalkoztatáspolitika beavatkozhat azáltal, hogy megemeli a jövedelmet, és a munkakörülmények változása nélkül is javulni fog a dolgozó vérnyomása. Elképzelhető azonban, hogy a jövedelem megemelésével sem változik a helyzet, és a foglalkozás továbbra is összefügg a vérnyomással, tehát az oksági viszony független a jövedelemtől, és más tényezők hatnak, mint például a munkahelyi stressz vagy a munkakörülmények.

Más esetekben egy harmadik tényezővel sikerül megmagyarázni, milyen körülmények között érvényes a két tényező közötti oksági összefüggés. Ekkor **moderátorhatás**ról beszélünk. Ha egy munkahelyen etnikai diszkrimináció van jelen, akkor a kutató azt észlelheti, hogy a foglalkozás és a vérnyomás közötti összefüggés csak a roma munkavállalók körében áll fenn, a magyar kollégáik között nem. Ha egy magyar

munkavállalót előléptetnek, az növeli a munka fölötti kontrollját és a munkahelyi státusát, de ugyanaz az előléptetés a roma munkavállaló számára nem jár ilyen előnnyel, mert a magasabb pozíciójában is hátrányos megkülönböztetést tapasztal. Míg az első példában a jövedelemnek egyértelmű közvetítő szerepe volt a vérnyomás javulásában, addig most az etnikum különbözőképpen változtatja meg a foglalkozás és a vérnyomás közötti összefüggést.

Az egészségegyenlőtlenségek elemzésében a másik fontos fogalom a **szelekció**: az emberekben benne van a hajlam bizonyos lakókörnyezetbe, társadalmi csoportokba és egyéb csoportosulásokba rendeződni. Akiknek fontos a szabadtéri mozgás, inkább költöznek zöldövezetbe, míg az ülő életmódot folytatók olyan külvárosba, ahol az életük az autózástól függ. Így nem véletlen, hogy a zöldövezetes lakókörnyezetekben magasabb az ott élők fizikai aktivitása, mint a nagy beépítettségű külvárosokban. Az összefüggés vizsgálatában tehát tudatában kell lennünk, hogy itt nem feltétlenül oksági viszony érvényesül, hanem az embereknek a különböző lakókörnyezetekbe való önszelekciója.

A szelekciós magyarázatot néha a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot összefüggésére is használják, azzal érvelve, hogy a jobb génállománnyal rendelkező személyeknek magasabb az IQ-juk is és jobb az egészségük is, és ez a szelekció magyarázná, hogy a magas iskolai végzettség általában jobb egészségi állapottal jár. Noha ez a meglátás nem gyakori, és általában nem összeegyeztethető az egészségszociológiai magyarázatokkal, kétségkívül létezik a tudományban is.

Iskolai végzettség és halandóság

A világ fejlett országaiban átlagosan hat évvel élnek többet a magas iskolai végzettséget szerzett személyek az alacsony végzettségűeknél.

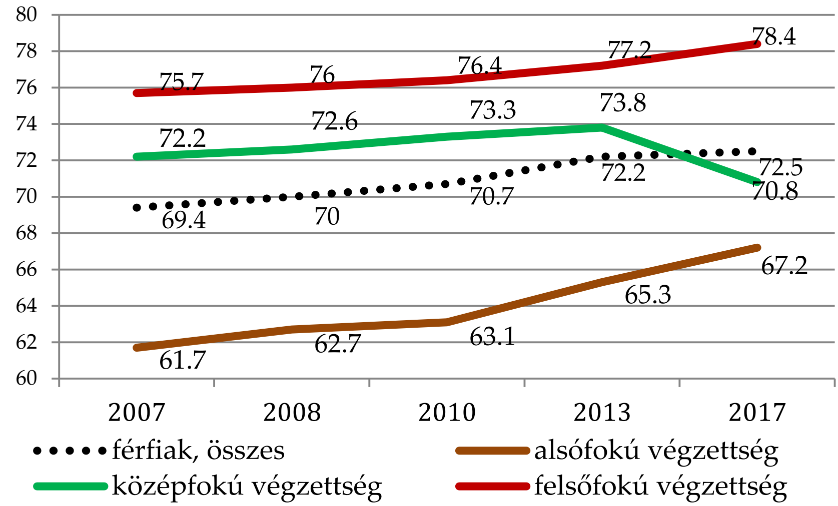
A legalsó és legfelső végzettségűek közötti élettartam-különbségek mintegy 10%-ban felelősek a népesség halálozási életkorának szóródásáért (Murtin et al. 2017). A várható élettartamnak ezek a társadalmi helyzet szerinti különbségei különösképpen hangsúlyosak Közép-Kelet-Európa volt szocialista országaiban.

Az alacsony iskolai végzettségű, rossz gazdasági helyzetben élő, gyakran marginalizált csoportokban alacsonyabb a születéskor várható élettartam, aminek oka a gyakoribb csecsemőhalálozás és az idő előtti elhalálozások nagy aránya.

Feladat

Tanulmányozza az alábbi ábrákat a magyarországi népesség születéskor várható élettartamáról, majd válaszolja meg a kérdéseket!

2. ábra: Születéskor várható élettartam az iskolai végzettség szerint, férfiak



Forrás: Eurostat Data Browser, saját szerkesztés

1. Mekkora a **legnagyobb különbség** a születéskor várható élettartamban az alsó és a felső iskolai végzettségi szint között a férfiak körében? Válassza ki a helyes értéket!

a. 15,1
b. 14
c. 13,3

2. Melyik évben volt a **legkisebb** a születéskor várható élettartam különbsége az alsó és felső iskolai végzettségi szint között a férfiak körében?

a. 2007
b. 2013
c. 2017

3. Igaz vagy hamis?

A férfiak iskolai végzettségének hatása a születéskor várható élettartamra időben állandó maradt.

a. igaz
b. hamis

4. Mekkora a **legnagyobb különbség** a születéskor várható élettartamban az alsó és a felső iskolai végzettségi szint között a nők körében? Válassza ki a helyes értéket!

a. 5,4
b. 5,6
c. 2,1

5. Melyik évben volt a **legkisebb** a születéskor várható élettartam különbsége az alsó és felső iskolai végzettségi szint között a nők körében?

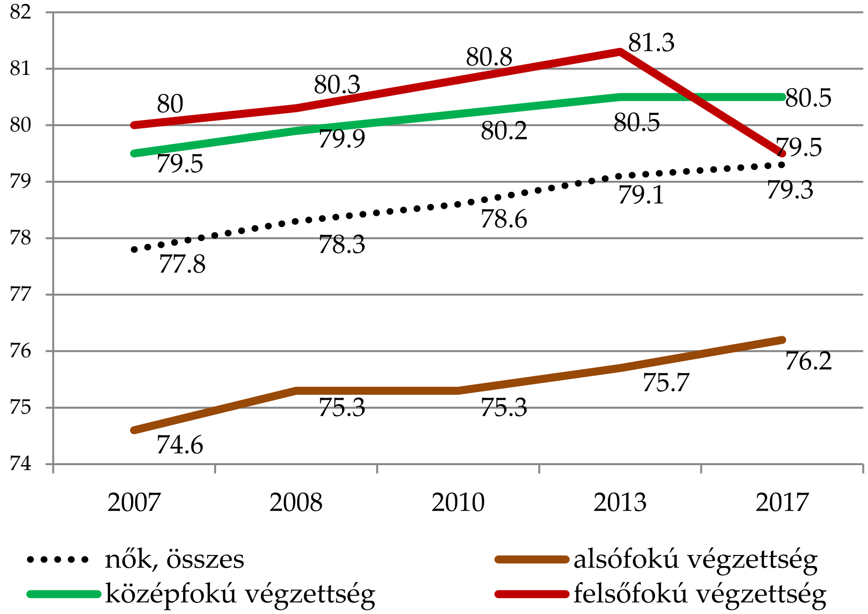
a. 2007
b. 2013
c. 2017

6. Igaz vagy hamis?

Az iskolai végzettség hatása a születéskor várható élettartamra erősebb a férfiak, mint a nők körében.

a. igaz
b. hamis

3. ábra: Születéskor várható élettartam az iskolai végzettség szerint, nők



Forrás: Eurostat Data Browser, saját szerkesztés

Az előző feladatban a születéskor várható élettartam különbségeit tanulmányoztuk az iskolai végzettségi szintek szerint. A várható élettartam becslése gyakorlatilag azon alapul, hogy a létező halálozási arányok ismeretében megbecsülik minden további életév túlélésének valószínűségét. A születés pillanatában a várható élettartam kiszámítása nagyon érzékeny a csecsemőhalandóságra, ami a születés pillanatában a következő év lényeges kockázati tényezője. Ezért az élettartamot nemcsak születéskor, hanem további életkorokban is szokták számolni, jellemzően 25 és 65 éves korban. Ez a számítás kiküszöböli a csecsemőhalálozást, ami a modern társadalmakban ugyan kis mértékű, mégis csökkenti a születéskor várható élettartam értékét. Ezért a későbbi életkorokban rendre magasabb a további várható élettartam, mint amit a születés pillanatában becsülni szoktak.

Ne felejtsük: a születéskor várható élettartam nem a saját életünk hosszát, tehát nem halálunk pillanatát jósolja meg, hanem egy becslés, és mindenekelőtt egy átlag az adott időszak halálozási viszonyai alapján.

A társadalmi gradiens kétféle működése az egészségi állapotban

Az egészségi mutatókban társadalmi gradiens figyelhető meg, ami azt jelenti, hogy a legalsó társadalmi helyzettől a legmagasabb felé haladva csaknem lineáris az egészségi állapot javulása. Ez az ún. **dózis-válasz összefüggés**: valamilyen erőforrás nagyobb mennyiségével való rendelkezés az egészségi állapot jobb szintjével jár együtt. Tehát például eggyel több iskolai osztály elvégzése eggyel több év várható élettartamot eredményezne, legyen az a legalacsonyabb vagy a legmagasabb iskolai végzettségűek között. Az iskolai végzettség azonban nemcsak társadalmi

gradiensként működhet, hanem **küszöbérték-hatás**ként is. Ilyen például az, amikor a középfokú végzettség hiánya rosszabb egészségi állapottal jár együtt, viszont ettől felfelé, a középfokú és a felsőfokú végzettségűeknél már nincs összefüggés az iskolai végzettség és az egészség között. A küszöbérték-hatás elmélete szerint nem várnánk azt, hogy az egyetemet végzetteknek jobb legyen az egészségük az érettségizetteknél, vagy hogy a továbbtanulás bizonyos szint (küszöb) fölött javítaná az egészséget.

Feladat

Most már ismeri a társadalmi gradiens működését az egészségi állapotban. Tekintse át újra a 2. és 3. sz. ábrát, majd válaszolja meg a kérdéseket!

7. Hogyan működik a társadalmi gradiens a magyar férfiak esetében?
    a. a küszöbértékhatásnak megfelelően
    b. a dózis-válasz összefüggésnek megfelelően
    c. nem állapítható meg

8. Hogyan működik a társadalmi gradiens a magyar nők esetében?
    a. a küszöbértékhatásnak megfelelően
    b. a dózis-válasz összefüggésnek megfelelően
    c. nem állapítható meg

A szegénység szintjei

Az abszolút szegénység azt jelenti, hogy egy háztartásban az egy főre jutó jövedelem alatta marad az országos átlagjövedelem 40%-ának. Tehát a leglényegesebb, a létfenntartáshoz szükséges erőforrások hiányáról

van szó, ami társadalmi kirekesztéssel is együtt jár, és már rövid távon mutatkoznak káros hatásai az egészségre, alultápláltság és a betegségekre való fogékonyság formájában.

A **relatív szegénység** határát a társadalomkutatók az országos átlagjövedelem 60%-ánál húzzák meg. A relatív szegénységben élőket nem fenyegetik közvetlen, nyilvánvaló fizikai egészségkockázatok, de lelkiek annál inkább, elsősorban a frusztráció érzése, továbbá a pszichés, az erkölcsi, a társadalmi, valamint a kulturális egyensúly hiánya. Ezek az emberek lassan eltávolodnak a társadalomban uralkodó életformától, és marginalizálódnak.

Oscar-díj = hosszabb élet!

Az abszolút és relatív helyzet közötti különbségtétel különösen fontos, amikor a társadalmi csoportokat a jövedelmükkel jellemezzük. Érdekes azonban, hogy a megkülönböztetés nemcsak a szegénységgel összefüggésben jelentős, hanem akár a gazdagok, a hírességek között is. Az Oscar-díjra jelölt színészekhez és rendezőkhöz képest azok a kollégáik, akik a díjat meg is nyerték, relatíve sikeresebbekké válnak. Mindeközben kollégáik is ugyanolyan híresek és gazdagok, magas presztízst élveznek és kitűnő a társadalmi helyzetük. Ám a végső diadal hiányzik életükből.
Nem véletlen, hogy az Oscar-díj nyertesei a „csak" jelöltekhez képest 4 évvel tovább élnek. Tehát a hírességek körében is működik a magasabb státus – hosszabb élet összefüggése, és a siker jelentős továbbélési előnyhöz vezet (Redelmeier, Singh 2001).

Szegénység és betegségek

A szegényeknek mindig nagyobb volt a betegségkockázata, mint a gazdagoknak. Már a pestis, amely elméletileg egyformán fenyegetett mindenkit, nagyobb arányban szedte áldozatait a szegények között, hiszen a fertőzésnek való kitettség bizonyos fokig mégiscsak a családok életformáján múlt. Márpedig a túlzsúfoltság, a több emberrel való érintkezés és a munkavégzés kényszere a szegényekre volt inkább jellemző. További kockázati tényező az alultápláltság volt, a legyengült szervezet mindig fogékonyabb a fertőzésekre. A pestissel szembeni viszonylag hatékony védekezési mód a fertőzött területekről való menekülés volt, amire inkább volt lehetőségük a gazdagoknak (még ha csak időszakosan is).

Hasonlóképpen, napjainkban is a szegények azok, akik átlagosan kevésbé egészségesek és rövidebb életet élnek.

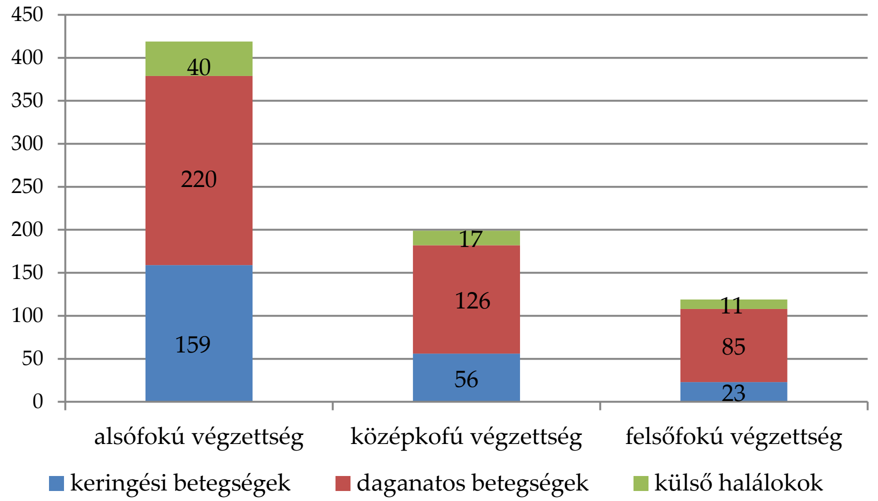
Feladat

Tanulmányozza az alábbi ábrákat, majd válaszolja meg a kérdéseket!

9. A fenti ábrán a 25-64 éves nők halálozásának fő okait láthatjuk iskolai végzettség szerinti bontásban. Keresse meg azt a halálokot, ahol a legnagyobb a halálozási különbség az alsó és a felső iskolai végzettségi szintek között.

Melyik halálokban a legerősebb a társadalmi gradiens a nők körében?

a. keringési betegségek
b. daganatos betegségek
c. külső halálokok



4. ábra: A halálozás fő okai a 25-64 éves nők körében az iskolai végzettség szerint, 100.000 nőre számolva

Forrás: Lübker, Murtin 2022: 26

10. A fenti ábrán a 25-64 éves férfiak halálozásának fő okait láthatjuk iskolai végzettség szerinti bontásban. Keresse meg azt a halálokot, ahol a legnagyobb a halálozási különbség az alsó és a felső iskolai végzettségi szintek között.

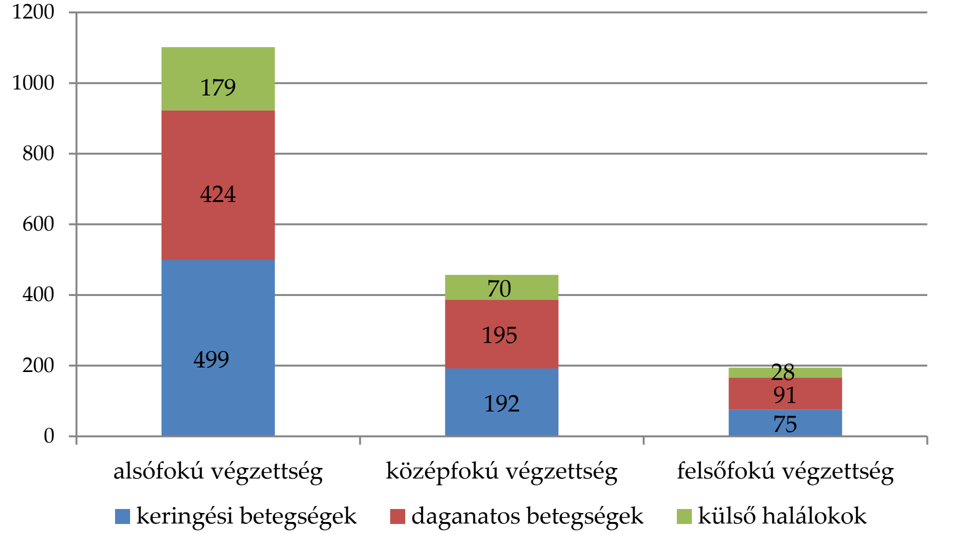
Melyik halálokban a legerősebb a társadalmi gradiens a férfiak körében?

a. keringési betegségek
b. daganatos betegségek
c. külső halálokok

11. Igaz vagy hamis?

Az iskolai végzettség hatása az egészségre erősebb a nők körében.

a. igaz
b. hamis



5. ábra: A halálozás fő okai a 25-64 éves férfiak körében az iskolai végzettség szerint, 100.000 férfira számolva

Forrás: Lübker, Murtin 2022: 26

Miért rosszabb a szegények egészsége?

Az objektív mérőszámok szerint, mint a betegségek prevalenciája és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, az alacsony iskolai végzettségű személyek közül a magasabb státusúakhoz képest többen szenvednek cukorbetegségben, magas vérnyomásban, májcirrózisban, krónikus légzőszervi megbetegedésben és gyomorfekélyben. Továbbá, még napjainkban is létezik egy bizonyos mértékű **rejtett morbiditás**: egy személy valamilyen betegségben szenved anélkül, hogy neki vagy környezetének tudomása lenne róla, mert betegségét nem diagnosztizálták. Ez a jelenség szintén gyakoribb a szegények körében az egészségügyi szolgáltatások alacsonyabb szintű igénybevétele miatt.

Hasonlóképpen, az egészségi állapotnak a szubjektív mutatókkal – pl. népességi kérdőíves kutatással – való vizsgálata során is rendre azt találják a kutatások, hogy az alacsony iskolai végzettségű személyek közül gyakrabban számolnak be rossz egészségi állapotról, és ez különösen így van a keringési megbetegedések esetén (szívbetegség, magas vérnyomás).

A szegénység és a rossz egészségi állapot közötti összefüggés oka sokrétű.

A megbetegedés és halálozás kockázata szorosan összefügg a munkakörülményekkel. A legtöbb munkabaleset és sérülés a veszélyes iparágakban történik, elsősorban a fizikai munkát végző képzetlen munkaerő körében. Ezért van az, hogy a férfiak körében a baleseti halálozás függ össze legszorosabban a társadalmi helyzettel. A szív- és érrendszeri betegségekből és a legtöbb daganatos megbetegedésből származó halálozás (letalitás) fordítottan arányos a társadalmi helyzettel: az alacsonyan iskolázottak körében magasabb a mortalitás.

Továbbá, a kockázati magatartásformák, mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakoribb a szegények körében, és a társas stressz tovább súlyosbítja helyzetüket.

Végül, de nem utolsó sorban, bár a fejlett társadalmakban az egészségügyi szolgáltatások hatékonyak és hozzáférhetőek, néha az egészségügyi biztosítás hiánya, a hosszú várólisták, a magas kezelési költségek és az egészségtudatosság hiánya az egészségügyi szolgáltatások alacsony igénybevételével jár együtt. Mindez tovább fokozza a szükségben élők egészségkockázatait.

Az egészségegyenlőtlenségek szociológiai magyarázatai

Az egészségegyenlőtlenségeket a szociológia háromféle szemponttal magyarázza: anyagi, pszichoszociális és viselkedési tényezőkkel.

Az **anyagi tényezők** közé a jövedelem, az élelem, a lakás, a szennyezés és egyéb fizikai jellegű kockázatok tartoznak.

Pszichoszociális tényező a kirekesztettség és diszkrimináció érzése, a stressz, az alacsony társas támogatás. Az általuk kiváltott biológiai stresszválasz gyulladásokhoz, megnövekedett pulzusszámhoz és magas vérnyomáshoz vezethet.

A **viselkedésbeli magyarázat** olyan ismérveket használ, mint a táplálkozási szokások, a dohányzás, a szűrőprogramokon való részvétel.

A szociológia klasszikus kérdését veti fel, hogy vajon az egyének viselkedésre, életmódra vonatkozó döntései vagy inkább a társadalmi helyzetük határozza meg inkább az egészség és betegség egyenlőtlen megoszlását. Ez a téma a *struktúra-ágencia vita* néven híresült el. Napjainkban, a jóléti társadalmak életkörülményei között a népesség jelentős része számára az életstílus valóban szabad választás kérdése, fogyasztói döntéseik és egészségmagatartásuk értékrendjüket, ízlésvilágukat tükrözi – tehát nagy terep jut az egyéni cselekvésnek, az ágenciának. Ugyanakkor nem szabad elfelejtenünk, hogy az általános jólét ellenére a lakosságnak mintegy harmada továbbra is szűkölködik, és számukra az életmódra, többek között az egészségmagatartásra vonatkozó döntések szabadsága csak nagyon szűk korlátok között érvényesül, a mélyszegénységben élők számára pedig egyáltalán nem is adatik meg annak lehetősége, hogy életformájuk felől döntsenek. A társadalmi ranglétra alsó szintjein tehát továbbra is a struktúra kényszerítő ereje hat erősebben.

A leggyakoribb rákbetegség a nők körében az emlőrák, amely minden nyolcadik nőt érint. A női rákos megbetegedések 25%-a, a rákhalálozások 15%-a írható az emlőrák számlájára.

Az emlőrák kockázati tényezői között a következőket tartják nyilván:

- túlsúly és elhízottság
- éjszakai munkavégzés
- korai menstruáció
- késői menopauza
- dohányzás
- alkoholfogyasztás
- családi előzmények (korábban előfordult mellrák)
- életkor
- hormonpótló terápia (csökkent ösztrogénszint pótlás menopauza idején)
- ionizáló sugárzásnak való kitettség
- génmutációk
- a következő életesemények kimaradása: terhesség, gyermekszülés, szoptatás

Az emlőrák egy foglalkozási kockázati tényezője

A Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (International Agency for Research on Cancer, IARC) 2019-ben a rendszeres éjszakai munkavégzést[11] valószínűsíthetően karcinogén tényezőnek minősítette, ami azt jelenti, hogy ugyan még nem gyűlt össze elegendő bizonyíték a ráknak az emberben való keletkezéséről, hogy karcinogénként tartsák nyilván, viszont kellő mennyiségű bizonyíték származik állatkísérletekből. A karcinogén hatás oka a cirkadián ritmus megszakadása és a fénynek való kitettség az éjszaka idején, ezáltal a nappal-éjszaka ciklust szabályozó, főleg sötétségben

[11] Éjszakai munkavégzésnek számít az, ha az egyén legalább három órát tölt munkával éjfél és hajnali 5 óra között (IARC 2009).

termelődő melatonin nevű hormon csökkenése. Mindez sokféle következménnyel jár. Ilyen az anyagcsere és hormonszabályozás megváltozása, beleértve a nemi hormonokat is, a sejtek életciklusának megváltozása és a sejtosztódás szabálytalansága. Ezekhez a biológiai-genetikai tényezőkhöz társulnak az életmódbeli tényezők, elsősorban a táplálkozás rendszertelensége, valamint a családi- és társas kapcsolati nehézségek.

A munkahelyi tényezők közül az éjszakai munkavégzés a ráknak az első számú kockázati tényezője. Elsősorban az éjszakai turnusok száma, majd az egymás utáni éjszakai turnusok mennyisége a meghatározó.

Ugyanakkor nemcsak az éjszakai, hanem a napközbeni műszakváltás egészségromboló hatására is van bizonyíték: a folyamat stressztényezőkkel van tele, mint amilyen a változó és rendszertelen kezdési és végzési időpontok, a műszakok közötti pihenőidő elégtelen volta, ami az alvásidő lerövidülését okozza, és a rekreáció lehetőségét csökkenti.

Különösen veszélyeztetettek a légiutaskísérők abban az esetben, ha hosszú éjszakai járatokon dolgoznak.

Eset-kontroll tanulmányok rendszeresen kimutatták az éjszakai váltásban való munkavégzés és az emlőrák előfordulása közötti összefüggést. Ezekből a vizsgálatokból kiderült, hogy az éjszakai munkavégzés negatív hatása már viszonylag rövid, kb. egyéves időszakban akkor is fennáll, ha kontrollálják a többi kockázati tényezőt: a gyermekszülést, a szoptatást és a családban korábban előfordult mellrákot.

A legutóbbi időben **kohorszelemzéseket** is végeztek az emlőrák kockázati tényezőinek azonosítására. Az 50 évet betöltött nőknél 10 év váltott műszakos munkavégzés után megnő az emlőrák előfordulása, függetlenül attól, hogy a váltott műszak tartalmaz-e éjszakai munkát, vagy csak délelőtti és délutáni beosztást. Az összefüggés akkor is megmarad, ha eltekintünk az életkortól, a társadalmi helyzettől, a gyermekek számától, a dohányzástól, az alkoholfogyasztástól és a testtömegindextől.

Érdekességképpen megemlítendő, hogy annak is hatása lehet, milyen sorrendben valósul meg a műszakváltás: ha reggeli műszakot délutáni és azt éjszakai követi, akkor kisebb a mellrák kialakulásának kockázata, mint ha fordított a műszakváltások sorrendje, azaz éjszakai váltást délutáni, majd azt délelőtti követi. Az előbbi változat esetén több idő jut a pihenésre, regenerálódásra a műszakváltások között. Az sem mindegy, hogy milyen a kronotípusunk: reggeli pacsirták (este korán fekszünk és reggel korán ébredünk) avagy éjszakai baglyok vagyunk (este későn fekszünk és reggel későn ébredünk). Kutatások bizonyítják, hogy az éjszakai műszak ártalmasabb azok egészségére, akik későn fekszenek és későn ébrednek (Szkiela et al. 2021).

A társadalmi helyzet és az egészségi állapot közötti egyenes (pozitív) összefüggés mára ismert egészségszociológiai tény: minél jobb az egyén társadalmi helyzete, annál jobb az egészségi állapota. Egyetlen kivételt ismerünk: az emlőrákot. Itt a diagnosztizált esetek nagyobb része fordul elő a magas iskolai végzettségű, jó anyagi helyzetben lévő nők körében. Ennek fő okai a következők:

- a nők gyermekvállalása egyre jobban kitolódik,
- gyakran nem szülnek gyermeket és nem szoptatnak, ami a biológiai kockázat növekedésével jár,
- körükben magasabb a szűréseken való részvétel, így a felderített esetek száma is nagyobb.

A magas iskolai végzettségű nők csak a megbetegedés (morbiditás) tekintetében vannak hátrányban. A mellrákból származó elhalálozás (mortalitás) magasabb a szegényebbek körében.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Két tényező között oksági összefüggés van, és egy harmadik tényező megmagyarázza, milyen körülmények között érvényes az eredeti összefüggés.

A harmadik tényező ilyen hatást fejt ki:

a. mediátorhatás
b. moderátorhatás
c. szelekciós hatás

2. Ha két tényező közötti összefüggés egy harmadik tényezőn keresztül érvényesül, akkor ennek a harmadik tényezőnek a hatása

a. mediátorhatás
b. moderátorhatás
c. szelekciós hatás

3. Ha az egyénnek lehetősége van megválasztani az étrendjét, ez a

a. struktúra
b. ágencia
c. okság

4. Egy szakképzetlen munkás megbetegszik. El szeretne menni az orvoshoz, de a biztosítása által fedezett szolgáltatásra csak öt hónappal későbbre kap időpontot. Ezalatt állapota súlyosbodik. Ez a

a. struktúra
b. ágencia
c. okság

5. Az igazságtalan és elkerülhető egészségegyenlőtlenségeket így nevezzük:

a. esélyegyenlőtlenség
b. egyenlőtlenség
c. szelekció

7. A NEMZETI KISEBBSÉGEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA. AZ ERDÉLYI MAGYAROK EGÉSZSÉGE

Bevezetés

A nemzeti kisebbségi lét a többségihez képest a világ sok országban rosszabb egészséggel és jólléttel, valamint korábbi elhalálozással jár együtt. Az egészséghátrányok lehetnek közvetlenek vagy közvetettek: előbbiek közé a sértegetés és a fizikai agresszió, utóbbiak közé a vélt vagy valós hátrányos megkülönböztetés sorolható. Az egészségtudomány mai állása szerint az idegengyűlölet fő egészségi következményei a rosszabb lelki egészség és a szorongás, de nem alaptalan a fizikai egészségre gyakorolt hatás feltételezése sem (Barry, Yuill 2016).

A **nemzeti kisebbség** egy társadalom azon tagjainak csoportja, akik nem a többségi nemzettel azonosulnak, hanem vagy egy olyan másik nemzettel, amelynek vagy van saját állama, vagy – ha nincs saját állama – annak létrehozására törekszik (Andorka 20223).

Az erdélyi magyar közösség nagyjából ugyanazokkal a demográfiai kihívásokkal néz szembe, mint az európai társadalmak legtöbbje. Az átlagéletkor magas, a népesség korszerkezete elöregedett, amit a kivándorlás hatása is súlyosbít. A magyar kisebbség gazdasági helyzete kedvezőtlenebb az országos átlagnál, hiszen fokozott vállalkozói hajlandósága ellenére az aszimmetrikus hatalmi viszonyok és az erőforrásokhoz való eltérő hozzájutás kárvallottja. A magyarok alulreprezentáltak a jól fizető technikai és kereskedelmi munkakörökben, valamint a biztos állami és közigazgatási állásokban. A magyar pályakezdő értelmiségiek a románokhoz képest kisebb arányban helyezkednek el a versenyképes magánszektorban. Bár a magyarok jövedelemegyenlőtlenségei mérsékeltek, maga a jövedelmük is alacsonyabb, és a gazdasági elit részaránya a magyarság országos részaránya alatt van.

Az alábbi elemzés abból az elgondolásból indul ki, hogy a nemzetiségi hierachia ezen jellemzői negatívan hatnak a magyar kisebbség egészségi állapotára. Feltételezésem szerint nemcsak az erdélyi magyarok hátrányos társadalmi-gazdasági helyzete jár együtt rosszabb egészségmutatókkal, hanem Európa többi országában is kedvezőtlenebb a nemzeti kisebbségek egészségi állapota, mint a többségé.

Halandósági mutatók és egészségügyi ellátottság Erdélyben és Romániában

A román többség és a magyar kisebbség halandósága nagyon hasonló. Az erdélyi magyarság korszerkezete az országoshoz képest elöregedettebb, ezért a nyers halálozási arány bő ötven évig magasabb volt a magyar népességben. A legutóbbi egy-két évben ez a hátrány kiegyenlítődött. A születéskor várható élettartam is hasonló a magyar kisebbségben és a román többségben. A magyarok születéskor várható élettartama megegyezik az országos átlaggal, ami arra utal, hogy életkilátásaink nem rosszabbak az átlagosnál (Kiss, Barna 2012, Tóth-Batizán et al. 2020).

A születéskor várható élettartam Romániában és az erdélyi magyarok körében

Időszak (időpont)	Országos átlag	Erdélyi magyar népesség
1994-2001	69,9	69,9
2002-2011	72,3	72,4
2018	75,3	75,5[12]

Forrás: Kiss–Barna 2012, Tóth-Batizán et al. 2020

[12] A 2018-as adat nem áll rendelkezésükre nemzetiségi bontásban. A 75,5 év nem kifejezetten a magyarokra, hanem az erdélyi népesség egészére vonatkozik.

Az egészségi állapot további mutatója a halálokok megoszlása felőli megközelítés, amihez regionális bontású adatok állnak rendelkezésünkre. Ezeket az alábbiakban Románia egészére és a Székelyföldre, Erdély szinte kizárólag magyarok lakta régiójára vonatkoztatva tekintjük át, és a nemzetiségi különbségek közelítésének tekintjük.

A fő halálokok előfordulása Romániában és Székelyföldön

Halálok	Halálozási arány 100.000 főre	
	Románia (átlag)	**Székelyföld**
Keringési rendszer megbetegedései	56,5	55,5
Daganatos betegségek	19,6	20,2
Légzőszervi	6,6	6,5
Emésztőrendszer	5,9	4,5
Öngyilkosság	**12,1**	**25,4**
Közúti baleset	10,3	8,0
Emberölés	1,3	1,7
Csecsemőhalandóság	6,4	7,3

Forrás: Tóth-Batizán et al. 2020

A szinte megegyező várható élettartam és nyers halálozási arányok mellett az egyes halálokok előfordulása is nagyából megegyezik az országos átlaggal. A halandóság szerkezeti összetételében egyetlen jelentős különbséget látunk: Székelyföldön a szándékos önártalom/öngyilkosság, a mentális egészségnek egy önmagáért beszélő mutatója több mint kétszerese az országos aránynak. A magyar népességben ez a halálok az utóbbi kétszáz évben számottevő volt, a rendszerváltás előtt Magyarország a világranglista élén állt, és ma is az elsők között szerepel. Az öngyilkosság székelyföldi magas arányának okait nem áll módunkban e helyen

részletesen tárgyalni, de azt leszögezhetjük, hogy azok jelentős részben kulturális eredetűek.

A nemzetiségi különbségek másik dimenzióját az egészségügyi infrastruktúrával, annak fejlettségével, valamint a betegápolásra szakosodott személyzet számával ragadjuk meg. Ismét a romániai átlagot hasonlítjuk össze a jelentős arányban magyarlakta Székelyföld térségével.

Az egészségügyi infrastruktúra Romániában és Székelyföldön

Ezer lakosra jutó	**Románia (átlag)**	**Székelyföld**
Kórházi ágy	7,1	7,5
Családorvos (háziorvos)	0,62	0,54
Szakorvos	2,5	1,5
Fogorvos	0,84	0,57
Gyógyszerész	0,90	0,71
Egészségügyi szakdolgozó	7,46	8,3

Forrás: Tóth-Batizán et al. 2020

Székelyföld többnyire rurális térség, kevés közepes méretű várossal. Ez magyarázza a kórházak és egyéb ellátó létesítmények viszonylag alacsony számát, ami azonban nem jár együtt alacsonyabb kórházi kapacitással. A kórházi ágyak számának tekintetében valamivel kedvezőbb a helyzet, mint az ország többi területén. Ugyanakkor a térség helyzete a szakorvosok tekintetében feltűnően hátrányos, és mindössze a betegápolók száma magasabb a romániai átlagnál. Az egészségügyi személyzettel való ellátottság tekintetében az erdélyi magyar népesség helyzete rosszabb az országos átlagnál.

A továbbiakban kitekintünk a kontinens többi részére, megkísérelve választ adni kérdésünkre, hogy rosszabb-e a nemzeti kisebbségek egészségi állapota a többségénél.

Nemzeti kisebbségi lét és egészségi állapot Európában

A továbbiakban az Európa egyéb részein őshonos kisebbségek egészségi állapotát hasonlítom össze a többségben élő nemzetiségekével, azt vizsgálandó, hogy az objektív halandósági és megbetegedési mutatókon túl a szubjektív egészségi állapot hogyan alakul a többi olyan országban, ahol nemzeti kisebbségek élnek. Az elemzéshez az Európai Társadalomtudományi Elemzések (European Social Survey, ESS) 9. hullámának adatait hívom segítségül, melyeken statisztikai másodelemzést végzek. A 2018-as adatfelvételben 27 ország vett részt, a mintaelemszám igen tekintélyes 47.086 fő. Az elemzést a jóléti rendszerek tipológiája szerint végzem el, melynek alapja Esping-Andersen (1990) csoportosítása. Az eredeti tipológiát annak figyelembevételével dolgozták ki, hogy az állam milyen módon korrigálja a piacgazdaság hiányosságait. A liberális jóléti rendszerben az állam alapvetően a családokra és egyénekre bízza, hogy jólétüket a piac révén biztosítsák, és csak reziduális, szűkre szabott szükségleteket elégít ki célirányosan. A szociális jogokat rászorultsági alapon biztosítja, alacsony szintű az állami újraelosztás, a jóléti intézmények csak a piac szabálytalanságait korrigálják, és viszonylag nagyarányú a szegénység. A liberális jóléti rendszer Nagy-Britanniára és Írországra jellemző.

A konzervatív-korporatista jóléti rendszerben az állam megszervezi vagy szabályozza a munkanélküliségből adódó jövedelemveszteség pótlását. Ebben a rendszerben a szociális jogok munkavégzés alapján illetik meg az egyént, az állami újraelosztás közepes mértékű, a jóléti intézmények a státusmegőrzést szolgálják, és a szegények aránya mérsékelt. Ausztria, Franciaország, Németország, Belgium, Hollandia, Svájc és Olaszország példázzák ezt a jóléti rezsimet.

A szociáldemokrata jóléti állam univerzalista elvekre épít, és a korábbi munkavállalástól függetlenül, szükséglegekre adott válaszként biztosítja a jövedelemkompenzációt. A szociális juttatások alanyi jogon járnak, magas szintű az állami újraelosztás, a jóléti intézmények célja az egyenlősítés, ami csak kismértékű szegénységnek ad teret. Ilyen berendezkedésre példa Finnország, Norvégia és Svédország.

Az eredeti tipológiát későbbi szerzők egy újabb, egyikbe sem sorolható, mediterrán jóléti rendszer leírásával egészítették ki, melyre a jóléti állam viszonylagos alulfejlettsége jellemző, és amelyben a jólét biztosításában a család rezilienciájának és a kisközösségi szolidaritásnak jut a főszerep (Ferrera 1996). Az elemzésbe bevont országok közül ez jellemző Portugáliára, Spanyolországra és Ciprusra.

Végezetül, a társadalomtudósok próbálkoztak a jellemzően kelet-európai posztszocialista jóléti rendszer leírásával is, mely az előző klasszikus rezsimek elemeinek valamiféle kombinációja (Kuitto 2016). Szalai Júlia a „megkettőzött jóléti állam" fogalmával írja le ezt a típust, ahol a befolyásos társadalmi helyzetben lévők további előnyökre tesznek szert, de legalábbis megtartják létező privilégiumaikat a jólét biztosításában, így a társadalom gyakorlatilag kettészakad, egyenlőtlen jogokkal és részesedésekkel rendelkezik a jólét elosztásában (Szalai 2007). Az Európai Társadalomtudományi Elemzések (ESS) a következő posztszocialista országokban folytatta kérdőíves kutatásának legújabb hullámát: Bulgária, Csehország, Észtország, Horvátország, Magyarország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Montenegró, Szerbia, Szlovákia, Szlovénia. Románia sajnálatos módon nem szerepel az országok között, ám a felsoroltak némelyikében jelentős létszámú magyar kisebbség él, illetőleg további nemzeti kisebbségeknek ad otthont. Így nemzetközi kitekintésre a lehető legcélszerűbb ezt az adatbázist segítségül hívni.

Hangsúlyozni kívánom, hogy a nemzeti kisebbségi létet az országban őshonos kisebbségekre értem, és ennek a társadalmi csoportnak a megragadására a következő módszertani megkötéseket tettem: azokat tekintettem őshonos nemzeti kisebbséghez tartozóknak, akik egyrészt nemzeti kisebbség tagjának vallották magukat, másrészt ők maguk és mindkét szülőjük is az illető országban született. Reményeim szerint ezzel megfelelően sikerült kiszűrnöm a legutóbbi évtizedekben Európa nyugati országaiba érkezett bevándorlókat. Ennek valószínűségét növeli az is, hogy az európai népességből csak a magukat nemzeti kisebbség tagjaként azonosító személyeket választottam ki, és nem az etnikai, faji és vallási kisebbségekkel azonosulókat.

A következőkben a kutatásban részt vett országokat a fentiek alapján jóléti rendszerekbe csoportosítva hasonlítom össze a nemzeti többség és kisebbség egészségi állapotát. Az elemzést két széles körben alkalmazott mutató alapján végzem: az önminősített egészségi állapot és a funkcionális korlátozottság szerint. Az önminősített egészségi állapot eredeti válaszlehetőségei ötfokozatú Likert-skála típusúak: a válaszadók nagyon rossz, rossz, közepes, jó és kiváló egészségi állapotról számolhattak be. Ezeket a válaszlehetőségeket két okból három kategóriára egyszerűsítettem. Egyfelől a kutatás nagy elemszáma ellenére a nemzeti kisebbségek képviselőinek részaránya meglehetősen alacsony, és a további felosztás még kisebb, statisztikailag már-már értelmezhetetlen elemszámokat eredményezett volna. Másfelől kutatási célom a szubjektív egészségi állapot nemzetiségek szerinti vizsgálata, ami nem teszi szükségessé a kategóriák túldifferenciálását.

Az önminősített egészségi állapot és a nemzeti kisebbségi lét összefüggése Európa jóléti rendszereiben

Jóléti rendszer típusa	Nemzeti kisebbség vagy többség	Önminősített egészségi állapot			
		Jó + nagyon jó	Közepes	Rossz+ nagyon rossz	Összesen
Szociáldemokrata (p: 0,149)	Kisebbség	66,1	25,0	8,9	100
	Többség	74,4	21,4	4,2	100
Liberális (p: 0,04)	Kisebbség	61,0	24,4	**14,6**	100
	Többség	73,4	20,1	**6,5**	100
Konzervatív-korporatista (p: 0,660)	Kisebbség	70,3	21,8	7,9	100
	Többség	68,6	25,0	6,4	100
Mediterrán (p: 0,334)	Kisebbség	47,1	44,1	8,8	100
	Többség	57,9	32,2	9,9	100
Posztszocialista (p: 0,000)	Kisebbség	51,0	32,9	**16,2**	100
	Többség	58,8	30,7	**10,4**	100
Európa, összesen (p: 0,000)	*Kisebbség*	*53,3*	*31,7*	*15,0*	*100*
	Többség	*64,7*	*24,1*	*8,2*	*100*

Forrás: European Social Survey 2018, saját számítás

A nemzeti kisebbségek önminősített egészségi állapota a posztszocialista országokban, melyek közül több helyen magyarok is élnek (Szerbia, Szlovákia, Szlovénia) feltételezésemnek megfelelően rosszabb, mint a többségé. Ugyanakkor ez a különbség nemcsak a kelet-európai régióban mutatható ki, hanem a liberális jóléti rendszerű országokban, azaz Angliában és Írországban is, ahol az őshonos nemzeti kisebbségek szintén rosszabb egészségi állapotról számolnak be.

Az egészségi állapot másik mutatójaként az European Social Survey (ESS) a funkcionális korlátozottságról tudakozódik a következő kérdéssel:

„Hátráltatja-e Önt mindennapi tevékenységeiben betegség /rokkantság/ fogyaték/mentális probléma?”

A három eredeti válaszlehetőséget (igen, nagy mértékben/igen, enyhén/nem) az érzékletesebb bemutatás érdekében két kategóriává vontam össze, megkülönböztetve azokat, akiket valamilyen betegség vagy fogyatékosság bármilyen mértékben korlátoz mindennapi életvitelükben, és azokat, akiket semmilyen krónikus állapot nem akadályoz életfunkcióik ellátásában.

A funkcionális korlátozottság és a nemzeti kisebbségi lét összefüggése Európa jóléti rendszereiben

Jóléti rendszer típusa	Nemzeti kisebbség vagy többség	Funkcionális korlátozottság		
		Van	Nincs	Összesen
Szociáldemokrata (p: 0,019)	Kisebbség	**42,9**	57,1	100
	Többség	**28,9**	71,1	100
Liberális (p: 0,005)	Kisebbség	**46,3**	53,7	100
	Többség	**26,3**	73,7	100
Konzervatív-korporatista (p: 0,095)	Kisebbség	31,7	68,3	100
	Többség	25,5	74,5	100
Mediterrán (p: 0,223)	Kisebbség	25,7	74,3	100
	Többség	19,3	80,7	100
Posztszocialista (p: 0,001)	Kisebbség	**31,7**	38,3	100
	Többség	**28,1**	71,9	100
Európa, összesen (p: 0,000)	*Kisebbség*	*32,4*	*67,6*	*100*
	Többség	*26,7*	*63,3*	*100*

Forrás: European Social Survey 2018, saját számítás

A funkcionális korlátozottsággal közelítve az egészségi állapotot láthatjuk, hogy a posztszocialista és a liberális jóléti rendszerekben ismét rosszabb a nemzeti kisebbségek helyzete, mint a többségé. E kettőhöz azonban hozzáadódik a szociáldemokrata jóléti rendszer, dacára annak, hogy az abban valósulnak meg a legnagyobb mértékben az egyenlősítő törekvések.

Bár a jóléti rendszerek differenciáltabb vizsgálatára e helyen nincs lehetőség, azt bizonyossággal megállapíthatjuk, hogy a nemzeti kisebbségi léthelyzet többféle jóléti rendszerben szignifikáns egészséghátrányokkal jár együtt.

A nemzeti kisebbségek egészségi állapotáról a fentieknél pontosabb képet kapnánk a korösszetétel hatását kontrollálva. Elképzelhető, hogy az erdélyi magyar népességhez hasonlóan a többi őshonos nemzeti kisebbség is idősebb korösszetételű az országos átlagnál, ami értelemszerűen rosszabb egészségi állapotot von magával. Továbbá, fontos lenne figyelembe venni egyéb strukturális változók, elsősorban az iskolai végzettség és a jövedelmi helyzet hatását az egészségi állapot különbségeire. Feltételezhető ugyanis, hogy sok helyen a nemzeti kisebbségek a velük szemben alkalmazott hátrányos megkülönböztetés eredményeként rosszabb társadalmi helyzetben élnek, vagy amennyiben a diszkrimináció ezen formái mára már megszűntek, úgy a korábbiak még éreztetik hatásukat társadalmi státusukon. Erdélyre nézve egy, a teljes népességet átfogó egészségkutatás lendítene tovább a nemzetiség és az egészségi állapot összefüggéseinek pontosabb megvilágítása felé.

Feladat

Tanulmányozza az alábbi fotókat! Egyénileg gondolja végig, vagy kiscsoportban beszéljék meg az alábbi kérdéseket!

1. Milyen egészségelőnyök és -hátrányok társulhatnak a cigányok életmódjához? Beszéljen a két fotóról külön-külön!

2. Milyen konkrét javaslatokat tenne a képen látható közösségek egészségi állapotának fenntartására, illetve a betegségek megelőzésére, tiszteletben tartva életformájukat?



Fotó: dr. Jakab Tibor



Fotó: dr. Jakab Tibor

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Melyik jólétirendszer-típusban rosszabb az őshonos kisebbségek egészségi állapota az államalkotó többséghez képest?

   a. konzervatív-korporatista
   b. posztszocialista
   c. mediterrán

2. Romániában melyik népcsoportban magasabb a születéskor várható élettartam?

   a. a magyarok körében
   b. a románok körében
   c. nincs különbség

3. Az alábbiak közül melyik feltételnek kell teljesülnie, hogy egy csoportot nemzeti kisebbségnek tekintsünk?

   a. közös legyen a vallása
   b. közös legyen az értékrendje
   c. az anyanemzetnek létezzen egy állama (vagy törekedjen annak létrehozására)

4. Melyik halálok gyakoribb az erdélyi magyarok körében, mint az országos átlag?

   a. szív- és érrendszeri betegségek
   b. daganatos betegségek
   c. öngyilkosság

5. Melyik mutatóban rosszabb az erdélyi magyarok helyzete az országos átlagnál?

   a. halálozási arány
   b. orvosok száma
   c. születéskor várható élettartam

8. MOBILITÁS ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A pozícióváltás és az egészségi állapot összefüggései

Az intergenerációs mobilitás a gyermeknek a szülőhöz képest történő társadalmi pozícióváltása (intergenerációs mobilitás), illetve az életúton belüli helyzetváltoztatás (b. intragenerációs mobilitás, karriermobilitás). A horizontális mobilitás lakóhelyváltoztatást, a vertikális mobilitás esetén a foglalkozás és társadalmi helyzet megváltozását jelenti.

Ez a változás leggyakrabban felfelé való mozdulás, de számos példát ismerünk a lefelé csúszásra is.

Mindkét típusú mobilitás hatással van a megbetegedések szerkezeti alakulására, hiszen a társadalmi pozíció megváltozása intenzív igénybevétellel, fokozott felelősséggel és társas kapcsolatokkal jár.

A mobilitás és az egészségi állapot összefüggésének vizsgálatakor két megközelítéssel találkozunk: a gyakoribb vizsgálódási irány, hogy a pozícióváltás elősegíti bizonyos betegségek kialakulását, a másik, hogy a megbetegedés járul hozzá a pozícióváltáshoz, mégpedig a lecsúszáshoz.

1. A társadalmi helyzet megváltozása egészségelőnyökkel és -hátrányokkal jár

Durkheim anómiaelmélete szerint a társadalmi mobilitás következtében a különböző társadalmi környezetek értékei és normái között ellentmondás keletkezik, ami megnehezíti az alkalmazkodást (Durkheim 1897/1967). A klasszikus francia szociológus elsősorban az öngyilkosság jelenségével hozta összefüggésbe az anómiát, az érték- és normavesztettség állapotát. Az anómia a társadalmi norma meggyengülése, egyfajta

társadalmi dezintegráció, fellazult állapot. Minden nagy változás anómiával jár, lehet az negatív vagy pozitív irányú. A világos viselkedési szabályok hiánya, a túl gyenge szabályozás megnöveli a feszültséget, az értékzavart, öngyilkosságra hajlamosít. Az anómia a gazdasági változások időszakában tömeges méreteket öltött. Természetesen az öngyilkosság az anómiának csak a legsúlyosabb következménye, a társadalmi helyzet megváltozásának ennél enyhébb betegségtünetei is jelentkeznek.

2. Szelekciós vagy sodródási hipotézis

Az egyének egészségi állapota és mobilitásra való esélye között oksági összefüggés van. A megközelítést a múlt század harmincas éveitől képviselik a kutatók (Lawrence 1948).

Egyfajta szociáldarwinizmusról van szó, amely az egészségegyenlőtlenségeket a biológiai szelekciós mechanizmusok részének tekinti, ahol a legalkalmasabb éli túl és kerül magasabb társadalmi pozíciókba. Emlékezzünk a társadalmi rétegződés funkcionalista elemzésére, amely a rétegződést természetesnek tartja, egyfajta láthatatlan kéznek, amely biztosítja, hogy a társadalom számára legfontosabb pozíciókat az arra legalkalmasabbak lássanak el (Davis, Moore 1945).

A betegség tulajdonképpen a társadalmi mobilitás gátja (Giddens 1973), az egészségi állapot tehát nemcsak következmény, hanem ok is lehet. Ne feledjük, nemcsak a munkanélkülivé vagy betegnyugdíjassá válás mutathatja a lefele mobilitást, hanem pl. az olyan helyzet is, ha valaki korábban nyugdíjba vonul, vagy ha a munkaerőpiacról való kiszorulás alternatívájaként az egyéni vállalkozó létformát, vagy akár a főállású anyaságot/háztartásbeli státuszt választja.

A sodródás hipotézisét nagy elemszámú longitudinális vizsgálatok eredményei igazolják, még akkor is, ha a társadalmi mobilitást különböző módokon operacionalizálják, pl. van, amelyik az osztályhovatartozással, más az iskolai végzettséggel, a jövedelemmel, a társadalmi helyzettel vagy a foglalkozások presztízsével.

Idősebb életkorban a társadalmi okság (első megközelítés) erősebben működik, míg az egészség szelekciós szerepe lassan gyengül (Hoffmann et al. 2018).

Általában elmondható, hogy a felfelé mobilis egyének jobb, a lefelé mobilisak rosszabb egészségi állapotról számolnak be, és ez egyaránt igaz a fizikai és a mentális egészségre.

A magasabb iskolai végzettség jobb fizikai egészséggel járt együtt, bár ugyanez nem egyértelmű a mentális egészség esetében.

Társadalmi mobilitás és stressz

A mobilitás és stressz összefüggésére több magyarázat látott napvilágot. A *disszociatív elmélet* szerint a mobilitás, különösen a felfelé mobilitás, pszichológiai distresszel jár együtt. A *kegyvesztetté válás elmélete* szerint a lefelé mobilitás a leginkább stresszterhelt. Az *akkulturációs elmélet* szerint a társadalmi mobilitás egészségvonatkozásai nem önmagában a mobilitási mozgással vannak összefüggésben, hanem a társadalmi rétegekkel, amelyekbe az emberek belekerülnek.

Egy svéd mintán végzett elemzés a három megközelítés egyikét sem tudta megerősíteni: a mobilitás, az immobilitáshoz képest, összességében nem járt együtt több szomatikus tünettel. A lefelé mobilitással nőtt, a felfelé mobilitással csökkent a szomatikus tünetek száma (Jonsson et al. 2017).

A **lefelé irányuló mobilitás** gyakran jár pszichés problémákkal vagy szorongással (angol szakirodalomban: anxiety), mert a munkanélkülivé vált vagy visszaminősített egyén nem képes folytatni a megszokott életmódját (Giddens 2003).

A relatív kockázatelutasítás magyarázata szerint az egyének különböző technikákkal és befektetésekkel igyekeznek biztosítani azt, hogy a gyermekeik legalább olyan helyet foglaljanak el a társadalomban, mint ők maguk. Ezért fontosabb életcél a lefelé mobilitás elkerülése, mint a felfelé mobilitás minden áron való hajszolása (Gugushvili, Präg 2020).

A **felfelé mobilitás** jótékony hatással is lehet a mentális egészségre, hiszen az egyének arra való képessége, hogy a nehéz anyagi körülményeket a társadalmi létrán való felkapaszkodással elkerüljék, összefügg a nagyobb kontrollérzéssel, teljesítményérzettel és elégedettséggel, amelyek a pszichés egészség tényezői.

Ugyanakkor a felemelkedett személyek körében az átlagosnál gyakoribb a skizofrénia, egyéb pszichikus zavarok, a nyombélfekély és a kardiometabolikus betegségek előfordulása (Ambrus 2012, Chen et al. 2022).

Ennek magyarázata a következő:

A felfelé mobilitás kompromisszummal járó folyamat, amikoris a jobb anyagi helyzet és egyéb előnyök elérése rosszabb fizikai egészséggel jár együtt. Ez a felszínes reziliencia jelensége. Ennek pszichológiai magyarázata a törekvés, ami fenntartott erőfeszítéssel jár, és amiért az egyén fiziológiás árat fizet.

Azok, akik szüleik vagy saját korábbi helyzetükhöz képest felfelé indultak el a társadalmi ranglétrán, ellentmondást, versengő követelményeket tapasztalnak azon adaptív stratégiák között, amelyeket gyermekkori

környezetükben tanultak meg, és azok között, melyek az új, magasabb társadalmi-gazdasági helyzetben értékelnek, és mindez stressz észlelésével jár együtt, a maga fiziológiai következményeivel. Ehhez társul a valahová/valakihez tartozás érzésének a hiánya az új társadalmi környezetben (kollégák, munkahely), és a származási családtól való nagyobb fokú elidegenedés.

Az elszigeteltség és diszkrimináció érzése rossz fizikai egészséggel jár együtt.

Ezek a kontrollálhatatlan stresszorok (valakihez tartozás hiánya) egészségkárosító viselkedésformákat hívhatnak életre (pl. komfortevés), a stresszorokkal való megküzdés érdekében. A versengő követelmények megnehezítik a resztoratív egészségmagatartást, mint amilyen a testmozgás vagy a megfelelő mennyiségű és minőségű alvás.

Másfelől, biológiai értelemben a felfelé mobilitással járó stresszorok megzavarják a szervezet stresszreakció rendszerének szabályozási folyamatát, és e rendszerek folyamatos változása megváltoztatja a szövetek és szervek célsejtjeinek működését, ami kardiometabolikus kockázatokhoz vezethet (Chen et al. 2022).

A térbeli mobilitás (vándorlás, lakóhelyváltoztatás) és az egészségi állapot összefüggései

A társadalmi mobilitás mellett a **földrajzi vagy területi mobilitás** egészségkockázatokkal járhat mind a bevándorlókra, mind a befogadó népességre. A fellendülő turizmus is új betegségeket terjeszthet, de ezt tehetik a bevándorlók is (pl. trópusi betegségek, nemi úton terjedő betegségek). Emellett a bevándorlás/menekülés folyamata során az migránsok egészségi állapota is megromolhat.

Az elmúlt évtizedekben a migráció tekintetében Kelet-Európa kibocsátó területté vált, népességének jelentős részét veszítette el a kivándorlás következtében. Romániából is óriási mértékű az elvándorlás.

A bevándorlásban egy szelekciós folyamat érvényesül: általában a jobb egészségi állapotú, fiatal, tetterős személyek döntenek a migráció mellett. A bevándorlók annak ellenére egészségesebbek a befogadó országok lakóinál, hogy társadalmi-gazdasági helyzetük rosszabb, és a célországban kisebb az esélyük a megfelelő egészségügyi ellátásra. Ez a paradoxon az „egészséges bevándorló hatás" (healthy migrant effect) néven híresült el a társadalomtudományokban, és a vándorlást megelőző szelekciós folyamatokban gyökerezik. A befogadó országok munkaerőpiaca életerős, egészséges munkaerőt vár, így sok esetben a vándorlást tervezőket már a hazájukban egészségügyi vizsgálatoknak vetik alá.

Mégis, a bevándorló népességekben számtalan egészséghátrányt mutattak ki a következő vonatkozásokban: fertőző betegségek, metabolikus szív- és érrendszeri megbetegedések; magas vérnyomás; légúti betegségek; foglalkozási megbetegedések,[13] balesetek, allergiák, az étkezési szokások minőségi és mennyiségi romlása; szorongás, depresszió és magányosság; az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei.

A bevándorlók körében egészen különböző kultúrákban egyaránt magas arányú depresszív megbetegedéseket találtak, melynek okai a honvágy és az elszigeteltség, a vándorlási folyamat terhe és a szakmai sikerre vonatkozó nagy elvárások okozzák.

[13] A bevándorlók gyakran az építőiparban és a mezőgazdaságban dolgoznak, ahol még napjainkban is több a munkahelyi baleset, foglalkozási ártalom és veszély.

A bevándorlók lelki egészségének romlása a stresszhez, az éghajlatváltozáshoz, a családtól való távollét érzéséhez és az életmódbeli változásokhoz köthető. A közösségorientált társadalmakból az individualizált, énközpontú társadalmakba érkezők fokozott elidegenedést éreznek. Úgy tűnik tehát, hogy az egészséges bevándorlók kezdeti előnye idővel megfakul. A szorongás és a depresszió a bevándorlók gyakori megbetegedései, noha ezeket ritkán jelentik, hiszen rontanák az érintettek jövőbeli szakmai kilátásait. De: A biztos összefüggések hiánya abból is adódik, hogy a bevándorlók közül sokan nem szerepelnek a hivatalos statisztikákban, és alulreprezentáltak a nagymintás kutatásokban.

A bevándorlás negatív hatásaira az alábbi magyarázatokat találjuk a szakirodalomban. Különösen a szocio-kulturális körülmények változása okoz szorongást és depressziót, ám a jelenség igen összetett. Az elvándorlás fő okai a kibocsátó országok rossz életkörülményei, adott esetben a fertőző betegségek vagy a rossz táplálkozási lehetőségek is lehetnek. Ezekhez a kezdeti körülményekhez adódik a vándorlás stresszterhelt folyamata, kiváltképp, ha az menekülést feltételez. Ezt követően a befogadó országokban tapasztaltak sem mindig kedveznek az egészségnek: a munkanélküliség, a hátrányos megkülönböztetés, a szerep- és önazonosság-változások fémjelezhetik az új életkörülményeket. A beilleszkedés mértéke a teljes integráció és a teljes szegregáció között mozog. A szakirodalom az akkulturáció kifejezést használja a domináns kultúra normáinak elsajátítási folyamatára. Az akkulturáció hiánya különösképpen a nőket érinti, akik így gyakrabban szembesülnek pszichés betegségekkel a férfiakhoz képest. Ennek fő okai a nemi szerepek megváltozása, nagy arányú munkanélküliség, a háztartásbeli státus, a kulturális és nyelvi akadályok, és nem utolsó sorban a társas kapcsolatrendszer elsorvadása.

A legutóbbi egészségkutatások a befogadó országok integrációs politikáját is figyelembe veszik, amelynek függvényében a bevándorlók egészségi állapota akár eltérően alakulhat. A bevándorlók és az őshonos lakosság lelki egészségének különbségeit az előbbiek kárára a gyengébb anyagi helyzet és a diszkrimináció okozza, ugyanakkor a különbségek kisebbek azokban az országokban, ahol sikeresen alkalmazzák a diszkriminációellenes intézkedéseket és a bevándorlók integrációját érintő politikákat (Malmusi et al. 2015).

A turizmussal összefüggő megbetegedések

Az utazással összefüggő megbetegedések valós számának becslése nem egyszerű. Az adatok több okból is korlátozottak: torzíthatnak az esetjelentések adatai, az epidemiológiai és felügyeleti adatok, ugyanakkor nehézségek akadnak az utazási szokásokról való megbízható adatszerzésben is. Az utazással kapcsolatos adatok nagyrészt háztartási felmérésekből és keresztmetszeti – egyetlen időpontban elvégzett – kérdőíves kutatási adatokból származnak. Ezekben a módszerekben egyrészt benne rejlik az emlékezés torzításainak lehetősége, másrészt nem teszik teljes mértékben megbízhatóvá a turizmus mint ok és a megbetegedés mint okozat közötti összefüggés megállapítását.

Mind a turista, mind a vendéglátó szempontjából elsődleges fontosságú a biztonságérzet: annak tudata, hogy az esetleges egészségkockázatok, amelyekkel egy utazás jár, a lehető legkisebbek. Azt tekintjük utazással összefüggő betegségnek, amikor a megfertőződés országa különbözik a betegség esetjelentését elvégző országtól (Beauté et al. 2017).

A turizmus és a fertőző betegségek terjedése közötti összefüggés két okból is jelentős népegészségügyi probléma.

Egyrészt, a globalizáció jelenségei, a migráció és a tömegturizmus mértékének megnövekedése megkönnyíti a betegségek terjedését, ugyanakkor megnehezíti azok kontrollját. Az egyre könnyebben átjárható geopolitikai határok, a megnövekedett mobilitás, az embertömegek utazása kedvezőtlen következményekkel is jár a fertőző betegségek világszintű terjedésére nézve, hiszen lebontja a betegségek földrajzi határait, elősegíti a korábban „csak" helyi jellegzetességnek tekintett betegségek terjedését. A turizmus így nagyban hozzájárul egyes helyi betegségeknek a távolabbi területekre való átviteléhez, terjesztéséhez, így a gazdaságilag fejlett országokból érkezett utazók a saját hazájukban ritkán található betegségeket visznek haza.

Másrészt, az utazás egy pótlólagos betegségteherrel járhat együtt amiatt, hogy a turisták származási országukhoz képest eltérő betegségkockázatokkal és -kitettséggel szembesülnek a célországokban. Ez a specifikus kockázat igazolja az olyan preventív intézkedések fontosságát, mint az oltás, a megelőzés (prophylaxis) és – a nemi úton terjedő betegségek esetében – az utazás előtti tanácsadás és a visszatérést követő tesztelés.

A megnövekedett mobilitás nemcsak az epidémiák egyik kiváltója, hanem súlyosbítja a már létező kockázati tényezőket és megnöveli az egyén sebezhetőségét különböző betegségekkel való megfertőződésre. A turizmusnak napjainkban legjellemzőbb, egyben a betegségek terjedésének is leggyakoribb mintázata, hogy gazdag (európai, észak-amerikai) országok lakói szegényebb (afrikai, ázsiai) országokba utaznak.

Az Európai Unióban az egészségvédelem kizárólag a szuverén nemzetállamok hatáskörébe tartozik. Mégis napjainkban olyan fenyegetésekkel nézünk szembe, amelyek átívelnek az országhatárokon – ilyen a menekültek és a bevándorlók által hordozott betegségek, vagy a Covid-19 különböző vírusvariánsai. Ezek a veszélyek olyannyira felerősödtek, hogy mára az Unió is napirendre tűzte az Európai Egészségunió (European Health Union) megalapítását, amely éppen a határokon átnyúló egészségügyi kérdéseket szabályozná.

A turisztikai orvoslás elsődlegesen preventív jellegű, és az úticéllal összefüggő specifikus kockázatokkal kapcsolatos tanácsadásra, a megelőzésre, illetve az utas személyét érintő kockázatokra irányul, mint amilyen valamely krónikus betegség (pl. szívbetegség, diabétesz) menedzselése az út során. Ezekben a helyzetekben a kockázatbecslés gyakorlatias, célorientált jellegű, az egészségkárosító tényezők okozta károk mértékének csökkentését célozza, mint amilyen az immunizálás, a betegségmegelőzés és az önmedikációra vonatkozó döntések. Utazók beszámolói alapján az utazás előtti tanácsadások alkalmával a leggyakrabban az oltásokkal megelőzhető betegségekről esik szó, ugyanakkor sok esetben a tanácsok lényegtelenek vagy pontatlanok (Angelin et al. 2014).

A turizmus szempontjából elsősorban azok az egészségkockázatok fontosak, amelyek a turistákat a bel- és külföldi utazások során fenyegetik, illetve amelyek külföldről a hazai vendéglátóiparon keresztül férkőzhetnek be térségünkbe. Ebben az alfejezetben az utazások, különösen a térségünkből a más földrészekre történő kirándulások során felmerülő, fertőzés útján terjedő betegségekre és az azok elleni védekezés módjaira összpontosítunk.

A fertőző betegségek elleni védekezés módjai

1. Védőoltások felvétele

Elsősorban az afrikai utazások kapcsán merül fel a különböző, számunkra idegen fertőzések veszélye. A kedvelt turistacélpontok némelyike ugyanis még az ún. epidemiológiai átmenet kezdetén jár: a legtöbb betegség fertőző, a halálokok között többségben vannak a fertőző betegségek.

Utazás előtt és az utazás közben is figyelnünk kell a fertőző betegségekre. A rovarok és az élősködők, a helyi időjárási viszonyok, valamint a higiéniai jellemzők is odafigyelést érdemelnek. A tervezett indulás előtt két hónappal érdemes felkeresni a háziorvost/családorvost, hiszen az esetlegesen szükséges oltások felvétele időigényes lehet. A térségünkben ritka betegségek ellen szükség lehet védőoltásra: ilyenek a hepatitis A és B, a tífusz és a bakteriális fertőzés okozta agyhártyagyulladás (meningitis).

Továbbá, sok esetben szükség lehet emlékeztető oltásadagra valamely, korábban már megkapott oltásra: ilyen a Covid-19 elleni védőoltás, a diftéria (torokgyík), a tetanuszfertőzés (merevgörcs) és a szamárköhögés elleni kombinált védőoltás (Tdap), a járványos gyermekbénulás (poliomyelitis), az influenza, a kanyaró, a mumpsz és a rózsahimlő elleni oltás (MMR).

Bizonyos országokba a beutazás feltétele valamely védőoltás felvétele. Ennek legismertebb esetei a sárgaláz elleni védőoltás felvételének kötelezettsége Afrika legtöbb országába történő beutazáshoz és a meningococcus (agyhártyagyulladás) elleni oltás kötelezettsége Szaud-Arábiában. A gyermekek és idősek, a várandósok, valamint a legyengült

immunrendszerrel utazók számára különleges előírások vagy javaslatok is létezhetnek.

A májat károsító Hepatitis B (HBV) vírust a fertőzött vérrel, vérkészítményekkel és egyéb testnedvekkel való érintkezés terjeszti. Utazás során a megfertőződés olyan kórházi helyszíneken fordulhat elő, ahol gyenge az infekciókontroll, például kórházban vagy fogászaton, továbbá injekciós droghasználattal, tetoválással, akupunktúrával, nem utolsó sorban pedig védekezés nélküli szexuális kapcsolattal is. Bár a vírus a világon mindenhol előfordul, a Csendes-óceán nyugati szigetvilága és Afrika bizonyos térségei kiemelten fertőzöttek, ugyanakkor az átlagos utazó számára a kockázatok nem jelentősek. Minden olyan országban, ahol a krónikus HBV-fertőzöttek aránya magasabb mint 2%, ajánlott a Hepatitis B elleni védőoltás felvétele, amennyiben ez gyermekkorban nem történt meg (CDC 2022).

2. Szúnyog- és kullancscsípések elleni védekezés

A rettegett malária valamelyest visszaszorulóban van, de még mindig az afrikai gyermekhalálozások elsődleges oka. Az Anopheles-szúnyog fertőzött női egyedei terjesztik, a csípés jellemzően napnyugta és napkelte között történik a trópusi és szubtrópusi éghajlaton. A betegség magas lázzal, hidegrázással, influenzához hasonló tünetekkel és vérszegénységgel járhat. A betegségre nincs védőoltás, gyógyszert ajánlanak indulás előtt, az utazás idején és rövid ideig a hazatérés után.

A Zika-vírus szúnyogcsípéssel és szexuális úton terjed. Gyenge vagy közepes lefolyású, kb. egy héten át tartó betegséget okoz, melynek tünetei a láz, kiütés, fejfájás, kötőhártyagyulladás, izomfájdalmak. A

betegség ugyanakkor sok esetben tünetmentes. Különösen a várandós és a várandósságot tervező nőkre veszélyes, súlyos magzati károsodásokhoz vezethet.

A Zika-vírust terjesztő szúnyog nappal és éjszaka is csíp. A vírus ellen nincs védőoltás. 2015 előtt javarészt Afrikában fordult elő, azóta Dél- és Közép-Amerikában, sőt Észak-Amerikában is megjelent.

Mindkét betegség elkerülésére erősen javallott a **szúnyogcsípések elleni védekezés**: bevizsgált, engedélyezett szúnyogirtó sprayvel, szúnyogháló alatti alvással, hosszú ujjú felső ruházat és hosszú nadrág viselésével, a biztonságos alvásra kijelölt helyek választásával, a parfümök használatának kerülésével. A betegségek terjedésének megelőzéséhez az is szükséges, hogy a fertőzött helyről való hazaérkezés után még legalább 3 hétig védekezzünk a csípések ellen, hiszen ha tünetmentesek, de fertőzöttek vagyunk, a fertőzést tovább terjeszthetik a helyi rovarok.

Térségünkben a **kullancscsípés** leggyakoribb következménye a Lyme-kór és a vírusos agyhártya- illetve agyvelőgyulladás (meningo-encephalitis).

A Lyme-kór első tünetei a bőr felületén jelentkező elváltozások, ezek észlelése esetén szükséges orvoshoz fordulni. Később ízületi gyulladás jelentkezhet és állandósulhat, továbbá központi idegrendszeri zavarok és szívritmuszavar is előfordulhatnak. A betegséget antibiotikummal kezelik.

A kullancs által okozott agyhártya-, illetve agyvelőgyulladás (encephalitis) közül előbbi inkább a gyermekeknél, utóbbi a felnőtteknél gyakoribb. Mindkettő influenzaszerű tünetekkel jelentkezik, központi idegrendszeri tünetekkel és mozgászavarokkal társulhat. A betegség megelőzésére létezik védőoltás, melyet 3 évenként ismételni szükséges.

A kullancscsípésre elsősorban a természetben tett kirándulások alkalmával szükséges figyelni, különösen olyan helyeken, ahol dús az

aljnövényzet, ahol állatok legelnek, illetve vadetetés zajlik. A kullancs ugyanakkor városi parkokban és kertekben is előfordul.

Kiránduláskor zárt cipő és hosszú szárú nadrág viselése, valamint a szabad bőrfelületekre 3-4 óránként kullancsriasztó szer felvitele ajánlott. A kullancs sikeres eltávolítása ellenére a következő tünetek az orvoshoz fordulást indokolják: legalább 5 centiméter átmérőjű bőrpír, láz, súlyos fejfájás, ízületi fájdalom, szívdobogás, nehézlégzés (NNK 2022).

A vérrel való kontaktus kerülése

A Hepatitis vírusok vér útján terjednek, némelyik (pl. a Hepatitis C) ellen nem létezik védőoltás. A legbiztosabb kerülni a vérrel való kontaktust, az orvosi és fogászati kezeléseket olyan helyszíneken, ahol gyanú merül fel a műszerek megfelelő sterilizálásával vagy a vérkészítmények betegségekre való szűrésével kapcsolatban. A nem megbízható tetoválószalonokat és akupunktúrás kezeléseket is kerüljük.

3. Biztonságos élelmiszer- és vízfogyasztás

A leggyakoribb turistabetegségek, elsősorban a trópusi térségekben, az emésztőrendszeri panaszok, főként a hasmenés és a hányás. Ezeket a rossz tisztasági viszonyok, a fertőzött élelmiszer vagy víz fogyasztása okozza, bakteriális és vírusos eredetűek is lehetnek.

Az élelmiszerfertőzések gyakorisága az egészségügyi nyilvántartásokban sokkal alacsonyabb a valósnál. Ennek oka egyrészt az, hogy a tünetek viszonylag hamar (akár három nap alatt) elmúlnak, mire a beteg orvoshoz fordulna vagy a vizsgálatok eredménye megérkezne. Másrészt, a betegség okainak feltárása, a kórokozók laboratóriumi kitenyésztése

idő- és költségigényes, így az élelmiszerfertőzések sok esetben nem kerülnek regisztrálásra.

Néhány általános tanács az élelmiszerfertőzések elkerülésére:

- Kerüljük a kevés ideig főzött vagy nyers ételeket, illetve a megfőzött és kihűlt étel fogyasztását, az utcai étkezést.
- Hámozzuk meg a gyümölcsöket és zöldségeket.
- Kerüljük a pasztőrizálatlan tejterméket.
- Fogyasszunk palackozott folyadékot és felforralt vízzel készült élelmet.
- Kerüljük az italok jégkockával való hűtését.
- Kerüljük a folyókban és tavakban való fürdést, mert ez szennyvizet vagy állati ürüléket tartalmazhat. Inkább válasszuk a medencében való fürdést.
- Mossunk gyakran kezet szappannal vagy alkohol-alapú fertőtlenítő-vel.

Gyakran, különösen nyári időszakban hallunk szalmonellafertőzésről (salmonellosisról) érkező híreket. A leggyakoribb fertőző források a nyers tojás, nyers baromfihús, a tenger gyümölcsei és a mosatlan vagy fertőzött vízzel tisztított zöldségek és gyümölcsök, de az ételkészítés során szennyeződhet a többi élelmiszer is, amennyiben a fő források (tojás, nyers hús) nincsenek megfelelően elkülönítve azoktól.

A fertőzés világszerte elterjedt, de az átlagosnál gyakoribb Ázsiában, a Csendes-óceáni szigeteken, a Közel-Keleten, Közép- és Dél-Amerikában, Afrikában.

A megelőzés legbiztosabb módja az élelmiszerbiztonsági követelmények betartása, az élelmek körültekintő kiválasztása, azok forralása, főzése és sütése, valamint a nyers ételek fogyasztásának kerülése. Alapvető szabály a gyakori és alapos kézmosás.

Az emberi és állati bélflórában élő szalmonella baktérium 2-7 napig tartó fertőzést okozhat, mely hasmenéssel, hányással, fejfájással és lázzal jár.

A Staphylococcus aureus baktériumnak sokféle klinikai megnyilvánulása van, a fertőzés úgy emberi közösségekben, mint kórházi környezetben gyakori. A baktérium az emberi bőrfelületen és az orrnyálkahártyán, valamint köpetben, székletben és élelmiszerekben is megtalálható,[14] némelyik törzse ételmérgezéseket idéz elő. Az élelmiszerbe általában az ételkészítés során, a szakácstól/konyhai dolgozótól kerül át (tüsszentéssel, köhögéssel), illetve gyulladásos betegségben szenvedett állatokban eleve benne található. Fő élelmiszerrezervoárja a lángolt kolbász, a disznófősajt, az enyhe hőkezeléssel készült húsok, a konzervek, a nyers tej, a tejjel készült cukrászsütemények és fagylaltok.

A Staphilococcus aureus-fertőzés megelőzési módja az élelmiszeripari dolgozók gyulladásos betegségeinek kezelése, a baktériumhordozó dolgozók tiltása a munkavégzéstől, valamint a beteg állatok megfelelő gyógykezelése.

Az élelmiszerfertőzések – így a szalmonella és a Staphilococcus-baktérium által okozottak is – gyakran enyhe tünetekkel lezajlanak. A fertőzések általában a várandósokra, a csecsemőkre, az idősekre és a legyengült szervezetekre veszélyesebbek.

A hasmenés és hányás lázzal járhat, ami legtöbb esetben pihenéssel és megfelelő folyadékfogyasztással kezelhető, hiszen a legnagyobb veszélyt

[14] A baktériumnak egyik törzse, az MRSA (Menticillin Rezisztens Staphylococcus Aureus) főként kórházi környezetben terjed. Az eredetileg csak bőrfertőzést okozó baktérium a test mélyebb rétegeibe és a véráramba átkerülve vérmérgezést (szepszist) okozhat (NNK 2023).

a beteg kiszáradása jelenti. Amennyiben a tünetek súlyosbodnának (pl. véres hasmenés és súlyos hasi fájdalom jelentkezésekor), orvosi ellátásra, antibiotikumra és/vagy perfúzióra lehet szükség.

4. Biztonságos szexuális viselkedés

A nemi úton terjedő betegségek egy részét baktériumok (gonorrhoea, chlamydia, szifilisz, stb.), másikat paraziták okozzák (trichomoniázis), és gyógyíthatóak, további részük gyógyíthatatlan vírusfertőzés (herpesz, HPV-okozta nemi szervi szemölcsök, HIV). Ezek a fertőzések nemcsak akut morbiditást idéznek elő, hanem a reproduktív egészség kockázati tényezői is: női és férfi meddőséget, méhnyakrákot, méhen kívüli terhességet, spontán vetélést, illetve idő előtti elhalálozást okozhatnak. Továbbá, a kezeletlen nemi betegségek kedveznek a HIV és a HPV-fertőzés terjedésének (WHO 2023a).

A turizmusnak a szexuális úton terjedő betegségekkel való összefonódásáról kevés szó esik, és általában tabunak minősül. A Hepatitis B elleni védőoltással kapcsolatban is csak érintőlegesen merül fel a szexuális úton terjedő betegségek problémája.

Márpedig az utazások során létrejött alkalmi szexuális kapcsolatok komoly egészségkockázatot hordoznak. Ezeknek a számszerűsítése azért is nehéz, mert az utazók igen heterogén csoportot alkotnak, ahogyan különböznek az utak típusai és a célállomások is. Azt azért nagyságrendileg érdemes tudnunk, hogy az utazással összefüggő alkalmi kapcsolatok aránya 20% körüli, de néhány tanulmány szerint ennél jóval magasabb, és csaknem fele védekezés nélküli. Az efféle kalandok gyakoribbak a fiataloknál és a férfiaknál, továbbá az egyedülállóknál, azoknál, akik

amúgy is hajlamosak az alkalmi szexuális kapcsolatokra, az alkohol- és drogfogyasztóknál, az alkalmi nagyivóknál, illetve a partnerüket gyakran cserélő személyeknél és a következetlen óvszerhasználóknál.

A nemi betegségek megszerzésének kockázata háromszoros azon személyek közében, akik alkalmi szexuális kapcsolatokat létesítenek utazásaik során, azokhoz képest, akiknek útiterveik között nem szerepel az efféle kaland, hiszen az utazás céljai között gyakran szerepel. Márpedig az utazásnak gyakran éppen egyik célja a nemi kapcsolatokat létesítése, főként szexuális szolgáltatások megvásárlása. Az utazók olyan célországokat választanak, amelyek meglátásuk szerint kevésbé represszívek: dél-kelet-ázsiai és dél-amerikai országokat, következésképpen ők maguk is kevésbé idegenkednek a kockázatoktól.

A külföldön alkalmi kapcsolatokat létesítő turisták új szexuális hálózatok részeivé válhatnak, különösen akkor, ha a nemi úton terjedő betegségek gócpontjait jelentő helyeken fordulnak meg. Ugyanakkor ezeken a hálózatok keresztül új, a gyógyszerekkel szemben ellenálló betegségek terjedhetnek, mint amilyenek a gonorrhoea egyes törzsei vagy a Zika-vírus.

Az utazás során szerzett nemi betegségek kockázatának nagyságrendje függ a védekezés nélküli szexuális kapcsolatok számától, az utazások során a partnerváltás gyakoriságától, továbbá a nemi betegségeknek az adott célországban való elterjedtségétől. A legtöbb esetben maga az utazás célországa is előrejelzi a kockázatot, amennyiben az valamely szegényebb ország. A nemi betegség szerzésének kockázata nagyobb az egyedülálló vagy partner nélkül utazó férfiaknál, a hosszabb ideig tartó utazások esetén, ha az utazás céljai között szerepel a romantikus kapcsolat vagy a pénzért vásárolt szexuális szolgáltatás, ha alkohol- és drogfogyasztással

társul, ha több partnere van, ha az óvszerhasználatban következetlen, és ha az utazás előtt nem részesül tanácsadásban. Védő tényezőnek bizonyult az oltásfelvétel, az utazás előtti tanácsadás és a szexuális partnerek kis száma, illetőleg az is, ha az utazás célja valamilyen önkéntes, segítő tevékenység végzése a célországban.

Az utazások alkalmával megváltozó szexuális szokásokat, a növekvő szabadosságot a szakirodalom több tényezővel magyarázza. Az egyik legismertebb érvelés az alkoholfogyasztás gátlásoldó hatására épít, és adatok támasztják alá, hogy a szexuális szabadosság és kockázatvállalás leginkább alkohol- és drogfogyasztás mellett fordul elő. Ugyanakkor e viselkedés gyakran említett oka az utazás által biztosított anonimitás, hiszen az otthoni társas kapcsolatrendszerből való kiszakadás, a kontrollhiány gyakran ösztönzi az efféle kapcsolatokat. Ilyenkor olyasmit is meg lehet tenni, amire nézve otthon más viselkedési normák érvényesek. További magyarázat a hétköznapi élet elvárásainak szorításából való kiszabadulás. Végezetül az utazás különleges, exotikus jellege, a kalandvágy, de nem ritkán az új, ismeretlen körülmények okozta elszigeteltségérzés is kiválthatja a kockázatokkal járó szexuális kalandok keresését. A „szituációs gátlástalanítás" elgondolása is magyarázattal szolgál a kockázatvállaló magatartásra, azt sugallva, hogy amint az utazó egyre magabiztosabbá válik az új környezetben és kultúrában, és egyre otthonosabbnak érzi azt – tehát ahogy egyre hosszabb időt tölt el a célországban, vagy gyakrabban látogatja azt –, úgy növekszik a kockázati magatartások gyakorisága, amilyenek az új, védekezés nélküli szexuális kapcsolatok létesítése is (Ward, Plourde 2006).

Több szegény országban a nemi úton terjedő betegségek endémiásak[15], azaz földrajzilag behatárolható területen állandóan jelen vannak, különösképpen néhány prioritási csoportban, mint a prostituáltak, a homoszexuális férfiak és az intravénás drogfogyasztók. Mégis, ezek a helyi kockázatok a megnövekedett idegenforgalom miatt globális kockázatokká válnak, és globális betegségteherré számszerűsödnek. A legjelentősebb egészségkockázatot az olyan partnerekkel folytatott viszony hordozza, akik kimaradnak a szűrésekből és a kezelésből, illetőleg akik több partnerrel létesítenek védekezés nélküli szexuális kapcsolatot. Ezek a személyek leggyakrabban a szegény országok alulfizetett prostituáltjai, akik a klienseiktől nem követelik meg, sőt el sem várják az óvszerhasználatot. Továbbá, bizonyos típusú fertőzések, főként a HIV terjedése a férfi alkalmi homoszexuális kapcsolatokban a leggyakoribb, és a rövidebb időtartamú utazásokkal függ össze (Mateelli et al. 2013).

A prostituáltak körében, főként a szexturizmus nagy központjaiban gyakoriak a nemi úton terjedő betegségek: Nairobiban, Port au Prince-ben, Kinshasa-ban és Bangkokban a prostituáltak közül sokan szenvednek valamilyen nemi betegségben, a thaiföldi női prostituáltaknak is jelentős része HIV-hordozó, és a Karib-térségben is számottevő a HIV-fertőzött prostituáltak aránya.

A nemi úton terjedő betegségek kérdése jelentős népegészségügyi probléma. Világszerte évente mintegy 357millió új megbetegedést regisztrálnak a következő négy típusból (chlamydia, gonorrhoea, szifilisz, trichomoniázis). Az új HIV-fertőzöttek száma világszerte mintegy másfél

[15] Endémia: meghatározott területen folyamatosan fellelhető járványos betegség (https://idegen-szavak.hu/end%C3%A9mia)

millió fő évente, és több mint félmillió halálhoz vezetnek a fertőzés szövődményei (WHO 2023b).

A turisták a nemi úton terjedő betegségek nemzetközi terjedésének egyik kockázati csoportját jelentik. Ugyanakkor a jelenség tanulmányozását nehezíti az a körülmény, hogy a betegségek sokszor tünetmentesek vagy hosszú az inkubációs időszakuk, így nem egyszerű megállapítani az oksági viszonyt az utazás és a diagnózis között.

Az utazásokkal összefüggő, a nem biztonságos szexuális kapcsolatok során szerzett betegségek között a leggyakoribb a gonorrhoeás és non-gonorrhoeás urethritis (húgycsőgyulladás), a HIV-fertőzés, a méhnyak-gyulladás (cervititis) és a mellékhere-gyulladás (epifidymitis).

A gonorrhoea, a nemi úton terjedő betegségek közül számszerűleg az egyik leggyakoribb, önmagában nem halálos, de jelentős fenyegetés, mert – különösen a Dél-Kelet-Ázsiából érkező törzsei – az antibiotikumokkal szemben ellenállók. A fertőzés gyakran tünetmentes, a nők és a férfiak esetében egyaránt urethritis (húgycsőgyulladás) okozója. Nőknél a fertőzés kismedencei gyulladás kiváltója, ami meddőséghez vezethet. Az esetek száma jelentős mértékű növekedést mutat az elmúlt időszakban, és az összes fertőzésnek kb. egynegyede a turizmus számlájára írható.[16] A szexuális úton terjedő betegségek legtöbbjével ellentétben a gonorrhoea előfordulási gyakorisága nő az életkorral, és a 65 év körüli férfiak körében éri el tetőpontját. További érdekesség, hogy a fertőzések túlnyomó többsége olyan ázsiai országokból származik, ahol a turisták számszerűleg a legrövidebb időt (a legkevesebb vendégéjszakát) töltik.

[16] A számok növekedéshez kis részben a laboratóriumi tesztek technikai fejlődése, precizitásának javulása is hozzájárult.

Mindez beszédes arra nézve, hogy a szexturizmus milyen kockázatokat rejt magában.

A nemi úton terjedő betegségek legtöbbjének epidemiológiai felügyelete az egyes országok népegészségügyi hatóságainak feladatkörébe tartozik, az adatgyűjtést európai szinten az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) koordinálja.

A nemzetközi irányelvek kifejezetten ajánlják a nemi úton terjedő betegségekről való beszélgetést az utazást megelőző orvosi konzultációk során (CDC 2023), és a szexuális egészségfejlesztés az utazási orvoslás jógyakorlatai közé tartozik. Ugyanakkor a szexualitással kapcsolatos tanácsadás rendszerint nem része az utazás előtti orvosi és szakértői beszélgetéseknek, és alig van bizonyíték arra, hogy az ilyen típusú tanácsadás hatással lenne a tényleges szexuális viselkedésre. Mindazonáltal egy kutatás arra az eredményre jutott, hogy azok a turisták, akik utazás előtt olvastak a nemi úton terjedő betegségekről, azok következetesebbek voltak az óvszerhasználatban (Croughs et al. 2014). A nemi betegségekkel kapcsolatos információnyújtás, még ha szórványos is, jelentősen növeli az utazásra készülők tudását, és ez a tudásbeli nyereség még nagyobb akkor, ha az utazók előzetesen nagyon kevés ismerettel rendelkeznek. Mégis, a legtöbb turista nem igényel hasonló tájékoztatást az utazás előtti tanácsadások során, így erre az információforrásra hagyatkozni nem elégséges.

Bár a kutatás és a tájékoztatás elsődlegesen a betegségkövetkezményekre összpontosít, az utazások során létrejött alkalmi szexuális kapcsolatokban sokszor nem mellékesek az olyan kockázatok sem, mint a nem kívánt terhesség vagy a zaklatás, esetleg az erőszak.

Összegzés és javaslatok

A szakirodalom az online felvilágosítás erősítését ajánlja utazásra szakosodott honlapokon és közösségi médiában, hiszen az utazást tervezők jelentős számban tájékozódnak az internetről az úticélt és egyéb tudnivalókat illetően, így kézenfekvő lehet az egészségfejlesztésnek ez a formája.

A légitársaságok, repülőterek és utazási társaságok is a figyelemfelkeltés, az információáramlás és tudásgyarapítás eszközei lehetnek. Továbbá a népegészségügyi hatóságoknak az utazási orvoslással és az alapellátással való jobb együttműködése is javulást hozhat a fertőző betegségek terjedésének megállításában.

Az érzékenyítő és tudatosító tevékenységek során a fertőzött személyek stigmatizációjának csökkentése is fontos feladat.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Mi a következménye az embertömegek megnövekedett mobilitásának a betegségekre nézve?
   a. nehezebbé válik a betegségek kontrollja
   b. növekszik a krónikus (nem fertőző) betegségek száma
   c. javul a lakosság egészségtudatossága

2. Miért nehéz megbízható adatokhoz jutni az utazással kapcsolatos megbetegedésekről?

a. az emberek nem szívesen beszélnek róluk
b. bizonytalan az oksági viszony az utazás és a megbetegedés között
c. nem állnak rendelkezésre megbízható laboratóriumi tesztek

3. Az élelmiszerfertőzések jelentése a hivatalos statisztikákban a valósághoz képest

a. reális
b. túlbecsült
c. alulbecsült

4. A nemi úton terjedő nemi betegségek kockázata azoknál a legnagyobb,

a. akik alkalmi szexuális kapcsolatokat létesítenek óvszerhasználattal
b. akik HIV-fertőzött személlyel létesítenek szexuális kapcsolatot óvszerhasználattal
c. akik szegény országok prostituáltjaival létesítenek szexuális kapcsolatot óvszerhasználat nélkül

5. A védekezés nélküli alkalmi szexuális kapcsolat létesítésének kockázata külföldi utazás során annál nagyobb,

a. minél rövidebb a célországban töltött idő
b. minél hosszabb a célországban töltött idő
c. minél idegenebb a célország az utazó számára

9. A DEVIÁNS MAGATARTÁS KIALAKULÁSÁNAK ELMÉLETEI: A PSZICHOAKTÍV SZEREK HASZNÁLATA

Milyen viselkedés számít deviánsnak?

A deviáns magatartás leírásához a norma fogalmából kell kiindulnunk: a norma olyan viselkedési szabály, melynek megszegését szankció bünteti. Ezek gyakran nem írott szabályok, bár sok esetben egybeesik a szabály a normával. Elég, ha a kiskorúak alkoholfogyasztására gondolunk: 18 éven aluliaknak nem árusítanak alkoholt (jogi szabály), és a társadalom is helyteleníti a kiskorúak alkoholfogyasztását (norma).

Minden társadalomnak vannak normái, amelyeket a tagjai követnek. A normák olyan magatartási szabályok, amelyek megszegését a közösség szankcionálja. A deviáns viselkedés a társadalmi normák megsértése, normaszegő magatartás, amely mind az egyén, mind a társadalom számára káros. Fontos megjegyezni, hogy egy viselkedés akkor tekinthető deviánsnak, ha eltér az adott társadalomban elfogadott normáktól, és ez nagyban függ a társadalomtól, a korszaktól, a társadalmi csoportoktól, a szabályozás mértékétől, a szóban forgó viselkedéssel szembeni toleranciától.

Adott korban a vérbosszúra nem gyilkosságként, azaz devianciaként tekintettek, hanem a becsület megvédésének aktusaként. Ma már messze nem ez a helyzet. A homoszexualitás bizonyos társadalmakban ma is deviáns viselkedésformának számít, amit a közösség helytelenít, és akár a törvény is büntet. A terhességmegszakítás az abortusztilalom idején jogi értelemben bűncselekmény volt, mégis gyakran előfordult, a társadalom – bizonyos csoportoktól eltekintve – viszonylag széles körben tolerálta. Ma, noha Romániában a törvény már nem bünteti, továbbra is

devianciának minősül a legtöbb vallási közösségben. A dohányzásra gondolva, az minden bizonnyal ellentétes volt a hagyományos női szerepelvárásokkal. Száz, ötven, sőt még húsz évvel ezelőtt is jóval kevesebb lány/nő dohányzott, mint fiú/férfi. Mára azonban a legfiatalabb korosztályokban a dohányzók aránya hasonló mindkét nem esetében, széles körben elterjedt a dohányzás, és – bár az egészségre kimutatott káros hatása nem vitatható – a mi társadalmunk nem tekinti deviánsnak a dohányzó nőket.

A bűnözés nagyjából minden társadalomban elítélt cselekedet (eltekintve a széles körben elfogadott adócsalástól). A lopás ellentmond erkölcsi törvényeinknek. Mégis, a marxizmus ideológiája szerint a bűnözés bizonyos tekintetben normális, hiszen a kizsákmányoló hatalomhoz való alkalmazkodás helyett egy racionális alternatívát jelent, tehát az ellenállás egy formájaként értelmezhető. Robin Hoodnak a szegények javára elkövetett rablásait is kevesen ítéljük el.

A nagy mértékű deviancia valóban diszfunkcionális, de egy bizonyos fokig szükséges. Egy teljesen szabálykövető társadalomban, ahol senki sem tér el a társadalmilag elfogadott normáktól, minden változás és fejlődés megállna. Nem szabad elfelejtenünk, hogy sok társadalom a maga korában deviánsnak tekintette forradalmárait, tudományos úttörőit, vallási és erkölcsi megújítóit, és még üldözték is őket olyan tetteikért, amelyek – utólag visszatekintve – hozzájárultak a fejlődéshez, és nélkülük a mai életünk sem lenne az, aminek ismerjük.

Minden emberi közösség előtt az a nehéz feladat áll, hogy olyan szabályozási rendszert dolgozzon ki, amely elég toleráns ahhoz, hogy bizonyos fokú devianciával együtt tudjon élni, de megakadályozza a deviáns viselkedés olyan mértékű fellendülését, amely veszélyezteti a társadalmi egyensúlyt és annak felbomlásához vezet.

Láthatjuk tehát, a deviáns magatartás jelentős részben attól függ, miként tekint rá a társadalom. Egészségügyi szempontból az alkohol- és a drogfogyasztás az, amelyet ma a társadalmak legnagyobb része továbbra is normaszegésként értelmez, hiszen az egyén és a társadalom számára káros. Világviszonylatban az alkoholfogyasztással összefüggő balesetek okozzák a legtöbb 15-24 éves fiatal halálát. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1948-ban az alkoholizmust betegségnek nyilvánította és felvette a Betegségek Nemzetközi Osztályozásába (ICD – International Classification of Diseases).

Ezeknek a magatartásoknak az eredetével foglalkozunk ebben a fejezetben.

A pszichoaktív szerekkel és használatukkal összefüggő meghatározások

Pszichoaktív szerek

A pszichoaktív szerek olyan anyagok, amelyek bevéve vagy a szervezetbe juttatva befolyásolják a mentális folyamatokat, például az érzékelést, a tudatot, a megismerést vagy a hangulatot és az érzelmeket.
(WHO, 2022)

Drogabúzus/káros használat

A kábítószerrel való visszaélés a pszichoaktív anyagok, köztük az alkohol és a tiltott kábítószerek káros vagy veszélyes használatát jelenti. A tiltott kábítószerek fogyasztásának egyik legfontosabb hatása a társadalomra a tagok által tapasztalt negatív egészségügyi következmények.
(WHO, 2022)

Függőségi szindróma

A pszichoaktív szerek fogyasztásának olyan mintája, amely érzékelhetően növeli a káros fizikai vagy mentális egészségügyi következmények kockázatát a fogyasztóra vagy másokra nézve olyan mértékben, hogy az egészségügyi szakemberek figyelmét és tanácsát indokolja.
(A Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 11. verzió, idézi: Saunders és mtsai., 2019 – az alkoholfüggőségi szindróma meghatározása)

Az alkohol- és kábítószer-használat mint deviáns magatartás

Az alkohol- és kábítószer-használat mértékének, a fogyasztók számának felmérése meglehetősen problematikus. A kábítószer-használó meghatározása nem egyértelmű, mivel többféle, különböző veszélyességi

szintű kábítószer létezik, például létezik gyógyszerfüggőség is, amelyet ritkán neveznek kábítószer-használatnak. Továbbá a kábítószer-használat egyenlőtlen gyakorisággal és mennyiségben történik. A becslési módszerek bizonytalanok, mivel a teljes felhasználásra vonatkozóan nem állnak rendelkezésre adatok. Az egyik lehetséges becslési alap a lakossági egészségfelmérés, azonban a tagadás úgy az alkohol-, mint a drogfogyasztás esetében jelentős mértékű.

Mindkét típusú szer fogyasztását a legtöbb fejlett országban deviáns viselkedésnek és összetett hátterű társadalmi problémának tekintik. Ugyanakkor a legtöbb országban a kábítószer-fogyasztás kriminalizálva van. Lehet, hogy egy ország jogrendszere teljesen tiltja a kábítószer-fogyasztást, de az is előfordulhat, hogy engedélyezi bizonyos könnyű drogok fogyasztását. Büntetheti a tiltott kábítószer-használatot, vagy csak az ezekkel való kereskedelmet.

Az alkohol- és kábítószer-fogyasztása lehet „csak" kísérleti, alkalmi és/vagy rendszeres. A jelenségek magyarázatára kidolgozott elméletek nem versengenek, hanem inkább kiegészítik egymást, így az ebben a részben bemutatott elméletek nem tekinthetők ugyanazon jelenség kizárólagos vagy rivális magyarázatainak. A magyarázatok valójában sok szempontból átfedéseket mutatnak, vagy csak részleges magyarázatot adnak, amelyet egy másik nézet kiegészíthet. A deviáns viselkedés legtöbb elmélete már régebben, főként a 20. század közepén született, és a hosszabb múltra visszatekintő függőségek, például a dohányzás és az alkoholfogyasztás magyarázatára dolgozták ki őket. Később azonban a kábítószer-használat és az ezzel való visszaélés különböző típusaira is alkalmazták őket, és különböző feltételek mellett és körülmények között fogadták el ezeket.

A kábítószer-használat keletkezésének elméletei

1. Biológiai elméletek

A **biológiai elméletek** szerint egyes emberek genetikai okokból hajlamosak a szerfüggőségre. A tudomány mai állása a deviáns viselkedés egyes típusai, például a bűnözés esetében cáfolja azt a feltételezést, hogy ez a viselkedés öröklődik. Sok ausztrálnak vannak bűnöző felmenői, hiszen a kontinens modernkori történelmének kezdetén brit büntető kolóniaként létezett, ennek ellenére Ausztrália bűnözési rátája ma sem magasabb, mint más országoké.

A szerhasználat, pontosabban a függőségek esetében a kérdés ellentmondásosabb. A szakirodalom legnagyobb része szerint a biológia szerepet játszik ezekben a maladaptív viselkedésekben. A kábítószerek az agyban lévő területekre és a neurotranszmitterekre hatnak, amelyek az adott kábítószer hatásait okozzák. A kokain például azért vált ki egy sor pozitív érzelmet, például eufóriát, mert a dopamin nevű neurotranszmitter felhalmozódásához vezet, amely az öröm érzetével áll összegfüggésben.

A genetikai hajlam felerősíti ezeket a hatásokat, és növeli a fiziológiai és/vagy pszichológiai függőség valószínűségét. A legtöbb elmélet a jelenséget az anyagcsere-folyamatokkal és az anyagok hatásának megtapasztalásával magyarázza.

Biológiai tényezőket azonosítottak az alkoholfogyasztással kapcsolatban az ázsiai felmenőkkel rendelkező emberek esetében, akikre a kellemetlen „elpirulási reakció" (flushing syndrome) jellemzőbb, mint a más fajú emberekre. Az elpirulási reakció tünetei közé tartozik az arcpír, az izzadás, a hányinger és a tachycardia, ezek a reakciók pedig az aldehid-

dehidrogenáz nevű enzim öröklött hiánya miatt alakulnak ki. Az érintettek nem reagálnak kellemesen az alkoholra, hanem inkább szoronganak, és kevésbé valószínű, hogy folytatják az ivást, vagy hogy a jövőben isznak majd.

A genetikai hajlamra vonatkozó kutatások többsége az alkoholfogyasztásra összpontosít, és ezeket alkalmazhatjuk a drogfogyasztás témakörére is. Az alkoholistává válás előfeltétele, hogy az illető élvezettel igyon, és hogy az alkohol fogyasztása függőséghez vezessen. Ez összefügghet a szervezet alkohol-anyagcseréjével. Az alkohol anyagcseréjében részt vevő enzimek, az aldehid-dehidrogenáz (ALDH) és az alkohol-dehidrogenáz (ADH) génjeinek eltérései befolyásolják az alkoholfogyasztást, az alkohollal kapcsolatos szövetkárosodást és az alkoholfüggőséget.

A Harvard Twin Study a genetikai hajlam feltételezésének igazolására végzett vizsgálat volt. A teljesen azonos genetikai felépítésű egypetéjű ikreknél nagyobb valószínűséggel fordult elő, mint a kétpetéjű ikreknél, hogy vagy mindkettőjüknél vagy legalább az egyiküknél kialakulnak szerhasználati problémák. Ezzel szemben a kétpetéjű ikrek nem mindig reagálnak azonos módon a deviáns viselkedésre. Hasonló megállapítások vonatkoznak a mértéktelen ivás jelenségére is. A többváltozós elemzések azt mutatták, hogy a különböző típusú tiltott kábítószerekkel való visszaélés együttes előfordulása közös sebezhetőséget tükröz, amelyet genetikai és környezeti tényezők egyaránt befolyásolnak, és ez a tiltott kábítószerek valamennyi kategóriájára igaz.

Az alkoholista szülők gyermekeinél, akiket nem alkoholista szülők fogadtak örökbe, nagyobb valószínűséggel alakultak ki alkoholproblémák, mint a nem alkoholista szülők gyermekeinél. Ez az eset is jól példázza, hogy az alkoholizmus – legalábbis részben – genetikailag meghatározott.

Szenzitizációelmélet

Az elmélet neurobiológiai jellegű, és azt állítja, hogy a krónikus szerhasználat (viselkedési minta) egy biológiai folyamat révén növeli a droghasználat, a visszaesés és a kábítószer utáni sóvárgás kockázatát, amely a következőkben foglalható össze:

Az arra fogékony egyéneknél a krónikus droghasználat neurális szenzitizációt okoz, azaz a dopaminnal kapcsolatos motivációs rendszerekben idéz elő változásokat. Az addiktív potenciállal rendelkező kábítószerek adaptív folyamat révén megváltoztatják az agyszervezetet. Nagy mennyiségű dopamin felszabadulásával aktiválják az agy jutalomközpontjait. A neurológiai változások hatására az agyi rendszerek érzékennyé válnak a kábítószerekre, és az szenzitizált agyi rendszerek befolyásolják a kábítószerek ösztönző értékét (az „akarást"). Ezzel szemben a kábítószerek kellemes hatása nem függ a dopamintól. Különbség van az addiktív drogokat közvetítő és azok „akarását" előidéző, valamint a jutalomfogyasztást közvetítő és azok „szeretését" előidéző neurális rendszerek között is.

A szenzitizációelmélet szerint a kábítószer-függőség az ösztönző érték kóros szintre történő felerősödésének köszönhető, amely folyamat a dopaminhoz kötődik, és legfőképp a stressz váltja ki. A függőség növekedésével a kábítószer-fogyasztás fő motivációja egyre kevésbé az, hogy a kábítószer-fogyasztás kellemes hatásait élvezzük („szeretjük"), hanem egyre inkább az, hogy elkerüljük a kábítószer utóhatásainak kellemetlenségeit, például a depressziót és a nyugtalanságot („akarjuk").

> „A függőségben szenvedő személyek gyakran nem értik, miért folytatják a kábítószer fogyasztását, amikor az már nem tűnik élvezetesnek. Sokan azt állítják, hogy azért folytatják a kábítószer fogyasztását, hogy elmeneküljenek a szorongás elől, amelyet akkor éreznek,

> amikor nincsenek bódult állapotban. Sajnos, bár a kábítószer fogyasztása által kiváltott megnövekedett dopaminszint rövid ideig tartó hatása átmenetileg enyhíti ezt a szorongást, az ismételt drogfogyasztás eredménye az, hogy az elvonás során elmélyül a diszfória, így egy ördögi kör alakul ki” (Volkow et al. 2016: 317).

Ezen elmélet szerint, bár sok drogfüggő valóban le akar szokni, döntésükben akadályozza őket a szenzitizáció hosszú távú hatása, amely olyan kémiai változást idéz elő az agyban, amely gyengíti a késztetésnek való ellenállás képességét. Ez az oka annak, hogy a „sóvárgás lappangása”, vagyis a visszaesés kockázata egy hónapos absztinencia után nő meg, nem pedig közvetlenül a drogfogyasztás abbahagyása után.

A krónikus szerhasználat, vagyis egy viselkedési probléma az, ami elindítja a szenzitizáció kémiai folyamatát. A szenzitizációra való fogékonyság és ezáltal a függőségre való érzékenység tekintetében jelentős egyéni eltérések tapasztalhatók, amelyek okai még mindig nem ismertek. Az egyik leginkább addiktív drog, a kokain esetében azt állítják, hogy a fogyasztóknak csak legfeljebb 30%-ánál alakultak ki hosszú távú problémák.

További biológiai elméletek a betegségmodellek és az erkölcsi perspektíva.

A **betegségmodellek** ugyanúgy tekintenek a függőségre, mint más orvosi problémákra, és orvosi nyelven tárgyalják azt. Ezen nézet eredete messzire nyúlik vissza az időben. Az ókori Egyiptomban és Görögországban a részegséget a test és a lélek betegségének tekintették, és „italtébolyként” emlegették.

A betegségalapú megközelítésben a függőségeket gyógyíthatatlan, degeneratív betegségeknek tekintik. A modell minden pszichoaktív anyagra alkalmazható, azonban az alkoholizmusra dolgozták ki, és nagyrészt

az alkoholizmusra alkalmazták. A Yale Egyetemen az Alkoholproblémák Kutatási Tanácsa azzal érvelt, hogy „az alkoholistát ugyanúgy beteg embernek kell tekinteni, mint azt, aki tuberkulózisban, rákban, szívbetegségben vagy más súlyos krónikus betegségben szenved" (idézi Kurtz 2002). E megközelítés legismertebb képviselője Elvin Jellinek orvos volt, és az alkoholizmust betegségként értelmező, 1960-ban született kiadványa azóta is e nézet legtöbbet idézett hivatkozása.

A betegségmodell hasonlít a biológiai modellekre, mivel azt állítja, hogy a szerhasználat és a függőség genetikai jellemzőkkel függ össze, de olyan ideológiai feltételezéseket tartalmaz, mint például, hogy az absztinencia az egyetlen gyógymód, és az alkoholizmus idővel megéri, amit a kutatások nem támasztanak alá. A tudomány mai állása az, hogy annak ellenére, hogy gyakran betegségként emlegetik, ez a besorolás nem állja meg a helyét, mivel nincsenek mérhető fizikai hatások a testben vagy az elmében, mint más fizikai és mentális betegségek esetében.

A modernitás nagy részében inkább a **függőségekkel kapcsolatos erkölcsi nézetek** domináltak a betegségmodellel szemben. Ez a függőséget a gyenge erkölcsi jellem mutatójának, egyéni hibának tekinti. E megközelítés hívei számára a függőségek betegségnek tekintése nem más, mint ürügyet találni az erkölcstelen viselkedésre, felszabadítva az egyént a személyes felelősség alól. Ez a puritán szemlélet vezetett az USA egyes államaiban az alkoholfogyasztás szabályozásához és az 1920-tól 1933-ig tartó országos szesztilalomhoz. Hasonló intézkedéseket hoztak különböző okokból a világ más részein is. A Szovjetunióban az alkoholellenes kampány 1985 és 1987 között a száraz törvény néven ismert részleges tilalomhoz vezetett, amely az alkohollal kapcsolatos megbetegedések és halálozás átmeneti csökkenését eredményezte.

A biológiai elméletek nem kínálnak determinisztikus modellt. A legtöbb szakértő egyetért abban, hogy a biológia/genetika egyike azon tényezőknek, amelyek hajlamosíthatják az egyéneket a szerhasználatra, és ha már használják ezeket, a későbbi szerrel való visszaélésre. A genetikai elméletek azonban nem magyarázzák meg, hogy az alkoholfogyasztók többségének miért nincsenek komoly alkoholproblémái, és hogy az alkoholizmusra genetikai hajlamot mutató emberek közül miért nem válnak sokan alkoholistává. Még egyszerűbben fogalmazva, a szerhasználatra való biológiai hajlam nem tesz senkit függővé, ha nem használja a szert. A kábítószereknek való hosszú távú kitettség, még ha előfeltétel is, nem elegendő a függőség kialakulásához, ezért a biológiai elméleteket általában más, környezeti (pszichológiai vagy szociológiai) tényezőkre támaszkodó elméletekkel kombinálják a szerhasználat problémájának kezeléséhez.

2. Pszichológiai elméletek

A pszichológiai elméletek, amelyek szintén az egyéntől indulnak ki, azt feltételezik, hogy a drogfüggőség bizonyos személyiségjegyek és problémák következménye, és egyes személyiségtípusok hajlamosabbak a függőségekre. A személyiségjegyek, amelyek állítólag hajlamossá tesznek egyes embereket a kábítószer-fogyasztásra, az alacsony önbecsülés és az alacsony önbizalom, a másokba vetett alacsony bizalom, valamint az izgalom és az ösztönzés iránti igény.

Ezzel a magyarázattal azonban van egy módszertani probléma, mivel az ok-okozati kapcsolat időbeli dimenzióját nehéz megállapítani. A személyiségproblémák drogfogyasztáshoz vezethetnek, vagy éppen fordítva, a drogfogyasztás okozhat személyiségproblémákat. Erre a

dilemmára csak költséges longitudinális kutatással lehetne választ adni, amely ugyanazokat az embereket vizsgálja hosszú időn keresztül. A legtöbb kutatás azonban keresztmetszeti, a jelenséget egy adott időpontban vizsgálja. Van néhány longitudinális vizsgálatokból származó eredmény, amelyek szerint a fiatalok körében bizonyos személyiségjellemzők kedveznek a kábítószer-fogyasztásnak, míg más kutatások csak kismértékű személyiséghatásról számolnak, sőt egyesek megkérdőjelezik a személyiség hatását a kábítószer-fogyasztási szokások kapcsán.

A viselkedéspszichológia az **operáns kondicionálás** kifejezéssel magyarázza a drogfogyasztást. Ez azt jelenti, hogy az emberek (az állatokhoz hasonlóan) bizonyos viselkedési formákat azért mutatnak, hogy jutalmat vagy megerősítést kapjanak érte. A kábítószer-fogyasztás esetében a közvetlen megerősítést az általa kiváltott kellemes hatások nyújtják, míg a közvetett megerősítést a közösségi érzelmek biztosítják, amikor más emberekkel együtt használják, és társas tevékenységként élvezik.

A deviáns viselkedés hátterében minden esetben valamilyen akut feszültség áll, mint például magány, családi konfliktusok, munkahelyi és a munkanélküliséggel járó problémák, iskolai kudarcok és a kortársakkal kialakuló konfliktusok. A deviancia tulajdonképpen menekülés a problémák elől, és ezek közül a kábítószer-fogyasztás a feszültségek és negatív élmények átmeneti enyhítését kínálja.

A pszichoanalitikus és más mélylélektani megközelítések a szülő-gyermek kapcsolatot, elsősorban az anyától való tartós függőséget tartják a kábítószerrel való visszaélés mélyen gyökerező okának, amelynek hátterében az a tudatalatti vágy áll, hogy úgy bánjanak vele, mint egy tehetetlen gyermekkel (Jones 1963). Egy másik pszichológiai elmélet a kábítószerrel való visszaélést lassú öngyilkosságnak tekinti, amely a halálvágyban gyökerezik (Menninger 1938).

A pszichológusok szerint a függőség a **gyermekkori trauma** következménye lehet. A kábítószer-használat „sokkal több, mint az élvezetek keresése, a krónikus szerhasználat a függő szorongásból való menekülésre tett kísérlete" (Maté 2010: 35).

> „A függőségek mindig a fájdalomból erednek, akár nyíltan érezzük ezeket, akár a tudatalattiban rejtőzködnek... A heroin és a kokain, mindkettő erős fizikai fájdalomcsillapító, a lelki kényelmetlenséget is enyhíti... Ugyanazok az agyi központok, amelyek a lelki fájdalmat értelmezik és „érzik", az érzelmi elutasítás megtapasztalása során is aktiválódnak... A kőkemény szenvedélybetegek életét a fájdalom túltengése jellemzi. Nem csoda, hogy kétségbeesetten vágyik a megkönnyebbülésre" (Máté 2010: 36).

Ezek a traumatikus élmények a stresszre adott válaszreakció révén változásokhoz vezetnek az érintett egyének agyi kémiájában. Az agy kémiájának eredete a korai életkori trauma. A kritikusok szerint ez a megközelítés meglehetősen redukcionista, mivel a függőségek okai nem mindig a traumában keresendők. Tény, hogy sok gyermekkorában traumatizált embernél nem alakul ki függőség, de Máté szerint minden függő traumatizálódott (idézi Waters 2019).

Az **önbecsmérlő elmélet** a szerhasználatot személyiséghiba következményének tekinti. Kaplan (1975) a szerhasználatot, különösen az illegális szerekkel való visszaélést az önmegtagadás és az alacsony önbecsülés következményének tekinti. A kábítószer-használat része annak a kísérletnek, hogy maximalizálja a pozitív önértékelést és minimalizálja a negatívakat, és akkor fordul elő, amikor az egyén képtelen olyan hagyományos intézményekkel, mint a család, az iskola és a kortársak, olyan kapcsolatokat kialakítani, amelyekből pozitív megerősítést kapna.

A deviáns viselkedés a jutalomra való törekvés eredménye.

> „Azok a serdülők, akik negatív érzéseket tapasztalnak önmagukkal szemben, olyan nem normatív kortárskörnyezetet kereshetnek, amely könnyebben kínálja az elfogadás, majd az önértékelés érzését. Gyakran ezek a kortárskörnyezetek nagyobb hozzáférést biztosítanak a szerhasználó barátokhoz is, akik nagyobb valószínűséggel modellezik, biztosítják, bátorítják és erősítik meg a serdülő saját alkohol- és kábítószer-használatát" (Hussong, Hicks 2003).

A **problémás viselkedés elmélete** nem tekinti a szerhasználatot szükségszerűen kórosnak, hanem a problémás viselkedés egyik tünetének, amely egy tágabb alapállapotot tükröz, amely az egyén szociális működési problémáihoz vezethet. A következő személyiségjegyek kedveznek ennek a viselkedésnek: a kockázatvállalásra és a szokatlanságra való hajlam, a függetlenség iránti vágy, a lázadásra és az élvezetek keresésére való hajlam, valamint a kortársak befolyására való fogékonyság. Ez a fajta excentrikus személyiség, amely a fiatalok egy részénél alakul ki, jellemzően kábítószer-használatot folytat, de másfajta nem konvencionális viselkedést is tanúsít, amely ellentmond a fennálló társadalmi normáknak és gyakran a jogi szabályoknak is. Ez sok esetben nem feltétlenül kóros.

3. Gazdasági elmélet

A **racionális döntéselmélet** a deviancia szituációs magyarázatát adja, és számításba veszi a cselekvés várható hasznát és feltételezett költségeit. Egy tiltott szer kipróbálása hasonlít a mindennapi fogyasztói döntésekhez, amelyek során az ártalmakat mérlegeljük az előnyökkel szemben, és ennek alapján döntünk a cselekvésről. Aki kipróbál egy kábítószert, az

figyelembe veszi az anyagtól várt örömteli érzéseket és a lehetséges büntetést vagy az egészségügyi kockázatokat, amelyeket a szer jelenthet. A közgazdászok gyakran modellezik a függőségi viselkedést a racionális függőség elméletével, melyet a közgazdasági Nobel-díjas Gary Becker dolgozott ki (Becker, Murphy 1988). Eszerint az addiktív viselkedés egy racionális, előretekintő terv fokozatos megvalósítása, ahol a fogyasztásnak két ösztönzője van: részben az azonnali megtérülés, részben a fogyasztásnak az egyénre vonatkozó jövőbeli következményei. Így a függőségi magatartás nem más, mint egy sor racionális cselekvés összessége – következésképpen nem is igényel nagyobb szakpolitikai odafigyelést, mint bármilyen más fogyasztói döntés (Rogeberg 2020).

A racionális döntéselmélet szellemében született három további, egymáshoz nagyon hasonló megközelítés.

A *döntéselmélet* (*szubjektív elvárt hasznosság elmélete*) szerint a kockázati magatartásokat egy kognitív jellegű költség-haszon mérlegelés előzi meg. Ennek során az egyén végiggondolja az összes lehetséges opciót és mindegyiknek a következményét, felbecsüli az egyes következmények kívánatosságát és valószínűségét, és ezeket egy döntési szabállyá kombinálja (Edwards 1954). Végezetül egy számhoz jutunk, amely a döntési szabály eredménye, és amelyet vizsgálva arra mutattak rá, hogy jelentős a hatása a dohányzással, az alkoholfogyasztással és a könnyű drogokkal kapcsolatos döntésekre. Amikor tehát valamilyen szerfogyasztásba kezdenek, a serdülők a saját szemszögükből nézve észszerű, átgondolt döntést hoznak, amely a felnőttekétől eltérő értékrenden alapul. Az elméletet főként a fiatalokon tesztelték, későbbi életkorokban nincsenek bizonyító empirikus eredmények.

Az *indokolt cselekvés elmélete* (Ajzen, Fishbein 1973) nagyon hasonlít az előzőhöz, de nagyobb szerepet kapnak benne a társas kapcsolatok és a társak által képviselt szubjektív normák, azaz a társaknak a szóban forgó viselkedéssel kapcsolatos vélekedése. Az egyén tehát ismét mérlegeli a cselekvés költségét és hasznát, de észleli és mérlegeli azt is, hogy a számára jelentős személyek egyetértenek-e vagy éppenséggel ellenzik a viselkedést, és mindezt összeveti a saját törekvésével, hogy ezeknek a vélekedéseknek eleget tegyen-e vagy sem.

A *tervezett magatartás elmélete* (Ajzen 1991) azt feltételezi, hogy a viselkedésformák teljes mértékben az egyén akarati kontrollja alatt állnak, de néhány esetben az egyénnek nem teljes a viselkedés fölötti kontrollja. Így néhány viselkedésforma alkalom- és erőforrásigényes, pl. időre, pénzre, fizikai képességre van szükség hozzá, amelyek kívül állnak az egyéni akaraton. Ráadásul nem is ez a legfontosabb tényező, hanem a viselkedés fölötti személyes kontroll észlelése. Ez az észlelt viselkedéskontroll az énhatékonysághoz hasonló fogalom, és az egyén önbizalmát takarja az adott viselkedés végrehajtásához. Tehát az indokolt cselekvés elméletének bővített változatáról van szó, amely az előzőhöz hozzáadja az észlelt viselkedéskontrollt (Ajzen 1991). Az elméletet alkalmazva az alkoholfogyasztásra azt találták, hogy akik mértékkel fogyasztották az alkoholt, azok nagyobb kontrollt észleltek a viselkedésük (az ivás) fölött, ami előrejelezte azt a szándékukat, hogy ne igyanak mértéktelenül, ne rúgjanak be, és ez összhangban is állt tényleges alkoholfogyasztási szokásaikkal. Velük szemben a problémás fogyasztók alacsony észlelt kontrollról számoltak be, és ez az alacsony kontroll közvetlenül meghatározta problémás alkoholfogyasztásukat, közvetítő szándék nélkül (Kuther 2002).

A biológiai, pszichológiai és gazdasági elméletek az egyénre támaszkodnak, és viselkedését individualista módon magyarázzák. Ezzel szemben a szociológiai magyarázatok a deviáns viselkedés okát a tágabb társadalmi környezetnek tulajdonítják, és eltérnek a személy mint társadalmi lény fogalmától. Elismerve azt a tényt, hogy a genetika és a személyiség szerepet játszik a droghasználatban, a szociológiai nézet azt jelenti, hogy a droghasználat jelensége nagymértékben a társadalmi struktúrából ered. A kábítószer-használatot ezért inkább összetett társadalmi problémának kell tekinteni, mint egyéni problémának. A droghasználat szociológiai elméletei nem jobbak vagy rosszabbak, mint a biológiai és pszichológiai elméletek, az előbbiek kiegészítésének is tekinthetők.

A szociológiai elméletek hasonlítanak a pszichológiai elméletekhez abban az értelemben, hogy a deviancia mélyen gyökerező okait a **szocializációs folyamat zavarai**ban látják, amelynek harmonikus családi háttérre és a társadalmilag kívánatos értékeken alapuló jó kortársi kapcsolatokra van szüksége ahhoz, hogy egészségesnek tekinthessük. Amikor a szocializációs folyamatban rendellenességek lépnek fel, jellemzően gyermekkorban, az a személyiségfejlődésre nézve is olyan hiányosságokat von maga után, amelyek következtében az egyén kevésbé lesz ellenálló és teherbíró azokkal a feszültségekkel szemben, amelyek szükségszerűen megjelennek az életében. Az akut stresszhelyzetek közvetlenül fokozzák a deviáns viselkedés valamely típusába való belekezdést. Alatta azonban ott van az illető képtelensége arra, hogy megbirkózzon a stresszel és a feszültséggel, és megoldja a problémáit, hiszen ehhez érett, erős, egészségesen fejlett személyiségre lenne szükség.

4. Szociológiai elméletek

A szociológiai elméletek a droghasználatot a társadalmi környezet különböző aspektusaival magyarázzák, beleértve a kulturális hatásokat, a strukturális feszültséget, a kortársak hatásait és a nagyobb drogkultúrát.[17]

Kulturális elmélet

Ez a klasszikus megközelítés azt állítja, hogy a társadalmi élet jelenségei a közösség kultúrájában gyökereznek. A társadalmak kulturális normákon és értékeken keresztül szabályozzák tagjaik viselkedését, amelyek társadalmanként eltérőek.

Egy szociokulturális rendszer három szempontot tartalmaz, amelyek a deviáns viselkedés gyakoriságát befolyásolják: a hozzáférési lehetőségeket (a szer ára és vásárlási lehetőségei), a viselkedést szabályozó normákat, valamint az adott viselkedés feletti társadalmi kontroll erősségét/gyengeségét.

Ami a kábítószer-használatot illeti, minden társadalomban megengedett volt valamilyen, a hangulatot befolyásoló szer használata, és ezeket használták is. A Közel-Kelet társadalmaiban a hasis használata a mindennapi élet része volt, a amerikai mexikói indiánok a peyote kaktuszból származó anyaggal idéztek elő hallucinációt, a dél-amerikai indiánok a kokaleveleket rágták stimuláció céljából. Más anyagok azonban szigorúan

[17] A számos szociológiai magyarázat közül a legjellemzőbbeket, legátfogóbbakat és legismertebbeket mutatjuk be. Néhány további elméletet, például a társadalmi kontroll (kötődés) elméletét és az életkor szerinti elméletet szándékosan kihagyunk az anyag terjedelmi korlátozása miatt, azonban néhány elemük szerepel a bemutatott elméletek között.

tilosak voltak, mint például az alkohol a muszlim társadalmakban. Európában az alkoholfogyasztás már az ókortól kezdve szokványos volt, bár a túlzott alkoholfogyasztás és az abból eredő viselkedés többnyire közösségi rosszallásba ütközött.

A fenti példák arra utalnak, hogy egyes drogok és az alkohol használata egyes társadalmakban nem számít deviáns viselkedésnek, más társadalmakban viszont igen.

A kulturális elméletek szerint a deviancia egy adott típusa gyakoribb azokban a társadalmakban, amelyek kedveznek neki, vagy legalábbis hallgatólagosan tolerálják, vagy kevésbé szigorúan szabályozzák. Az alkoholkultúra az ivást, a drogkultúra a droghasználatot teszi gyakoribbá. A serdülők különösen hajlamosak arra, hogy elsajátítsák annak a szubkultúrának a normáit és értékeit, amelynek ki vannak téve, és ez magában foglalja a devianciával jellemezhető szubkultúrákat is. „A serdülőkori viselkedést – legyen az konform vagy deviáns – leginkább a közeli barátok viselkedése határozza meg.” (Akers 1985: 148)

Strukturalista-funkcionalista elméletek (feszültség- és anómiaelméletek)

A szociológia három fő paradigmája közül a funkcionalizmus a társadalmi jelenségekre vonatkozó nézet. Hajlamos a társadalomra úgy gondolni, mint az emberi testre abban az értelemben, hogy annak minden része hozzájárul az egész működéséhez és a társadalmi stabilitást szolgálja. Egy szokás vagy intézmény funkcionális elemzése tisztázza annak szerepét az intézmény folyamatos működésében.

Nem szabad azt gondolni, hogy ez a paradigma bátorítja a kábítószer-fogyasztást. Az a célja, hogy megmagyarázza a kábítószer-használat funkcióját az abban így vagy úgy érintett különböző szegmensek számára, és mint ilyen, meghatározza, hogy ez a gyakorlat miért funkcionális számukra. A kábítószer-használók maguk is részesülnek a kábítószerek fiziológiai és/vagy pszichológiai hatásaiban, amelyek örömet okoznak számukra. Ettől eltekintve a kábítószer-kereskedők a kábítószer-fogyasztásból származó bevételi forrással rendelkeznek. Továbbá a büntető igazságszolgáltatási rendszer is profitál a kábítószer-fogyasztásból, mivel számos munkahelyet teremt a rendőrség, a bíróságok, a börtönök és a közigazgatás számára. Segítő szakmákra és szervezetekre van szükség a kábítószer-használat hatásainak kezeléséhez és a használók rehabilitációjához.

A deviancia továbbá funkcionális abban az értelemben, hogy megerősíti azt az etikai keretet és társadalmi normát, amelyben a közösség működik, vagy katalizátorként hat új normák kialakulásához.

Egyszerűen fogalmazva, a hagyományos társadalmakat a normák és az elfogadott viselkedés tekintetében általában a konszenzus jellemzi. Számukra a deviancia funkcionális, mert megerősíti a meglévő tilalmak érvényesítésének szükségességét. A rendkívül összetett és heterogén modern társadalmakban a társadalmi normák és értékek nem egységesek és/vagy nem egyöntetűen osztottak. A deviancia tehát hozzájárul a normák átértékeléséhez, és elősegíti a társadalmi változásokat. Tipikus példa erre a könnyű drogok fogyasztásának liberalizálása egyes országokban.

A híres francia szociológus, Émile Durkheim azt állítja, hogy a deviancia a társadalmi élet természetes része, „minden egészséges társadalom szerves része" (Durkheim, 1895/1982: 67).

A deviancia pozitív funkciót tölt be azáltal, hogy megerősíti a társadalmi szolidaritást egy közösségben azáltal, hogy egyesíti tagjait a deviánsokkal szemben. Lényegében a funkcionalista nézet (más néven strukturalizmus) szerint bizonyos mértékű deviancia természetes és normális, és minden társadalomra jellemző. Ugyanakkor a kábítószer-használat a közösség jólétét tekintve idézhet elő rendellenességeket.

Durkheim a deviáns viselkedés eredetét az **anómia** kifejezéssel magyarázza, amely olyan állapotot jelent, amelyben nincsenek világos viselkedési normák (Durkheim, 1897/1951). Az anómia egy laza állapot, amikor a társadalmi normák meggyengülnek, és az emberek elveszítik a viszonyítási pontot. Az egyértelmű viselkedési szabályok hiánya feszültséget és értékzavart okoz. Ez a társadalomban bekövetkező bármely nagyobb változás miatt megtörténhet, legyen az jó vagy rossz. Az ilyen helyzet hajlamossá tesz a deviáns viselkedésre, és növeli azok gyakoriságát.

Az amerikai Robert Merton az amerikai álom példáján keresztül magyarázza a deviáns viselkedés eredetét. Egy olyan társadalomban, ahol viszonylag nagy az esélyegyenlőség és kevés akadály áll a gazdasági jólét kemény munkával történő elérésének útjában, Merton az 1930-as években megfigyelte, hogy a társadalmi hierarchia alja felé haladva nő a deviáns viselkedés gyakorisága, és arra volt kíváncsi, hogy ez miért történik. Számára az anómia a társadalom céljai és az e célok eléréséhez rendelkezésre álló jogi eszközök közötti ellentmondás. Ha egy társadalom társadalmi rendjét kiegyensúlyozatlanság jellemzi, az kedvező feltételeket teremt az olyan devianciák számára, mint a kábítószer-használat. A deviancia magas aránya a kulturális célok és az e célok eléréséhez rendelkezésre álló eszközök közötti szakadék eredménye. A mi modern társadalmunkban (és az akkori amerikai társadalomban is) a mindenki

által elfogadott célok az anyagi biztonság, a siker és a karrier voltak, az ezek eléréséhez szükséges eszközök pedig a kemény munka és a tanulás.

Merton azt állítja, hogy bizonyos mértékig minden ember internalizálja azokat a célokat, amelyekről megegyezés született, hogy érdemes törekedni rájuk, és megtanulják a célok elérésének megfelelő és legitim módjait is. Sok esetben azonban a törvényes lehetőségek korlátozottak vagy nem léteznek. A célok és a törvényes eszközök közötti eltérés **feszültséget**[18] okoz. Az emberek különböző módokon próbálják enyhíteni ezt a feszültséget, ezek egyike a legális vagy illegális drogok használata és az ezekkel való visszaélés. A frusztráció táplálja a devianciát a társadalomnak való visszavágás eszközeként, amely egyeseknek lehetőségeket biztosít, mások esetében pedig korlátozza azokat. Így az emberek vagy alternatív módokat keresnek a célok elérésére (mint például a tolvajok), vagy teljesen lemondanak a célokról.

> „Egyes társadalmi struktúrák határozott nyomást gyakorolnak a társadalom bizonyos személyeire, hogy inkább nonkonform, mint konform viselkedést tanúsítsanak." (Merton 1949/1980: 132)

Az emberek különbözőképpen reagálnak aszerint, hogy osztják-e a célokat, és rendelkeznek-e az elérésükhöz szükséges törvényes eszközökkel vagy sem. Ez megadja a választ arra, hogy miért gyakoribb a deviancia a szegények körében: sokuknak nincsenek meg az eszközei a társadalmilag értékes célok eléréséhez. A siker és a karrier elérhető azok számára, akik megengedhetik maguknak a minőségi oktatást, ami nem volt jellemző a társadalmi ranglétra alsó lépcsőfokain álló családokra.

Ebben a megközelítésben a deviáns viselkedésnek két típusa van.

[18] Ezeket az elméleteket gyakran feszültségelméleteknek nevezik

Vagy azok körében fordul elő, akik ugyanazokat a társadalmi értékeket és célokat vallják, mint a többség, de nincsenek meg az eszközeik ezek eléréséhez. Ezt nevezik innovációnak, és többnyire büntetőjogi cselekményekkel valósítják meg ezeket. Másfelől a deviancia azok között fordul elő, akik teljesen elhagyják a célokat. Ez utóbbi attitűdöt visszahúzódásnak nevezik, és olyan embereket jelöl, akik nem törekszenek a sikerre, hanem az alkoholhoz és a drogokhoz fordulnak, vagy mentálisan beteggé válnak. Nem képesek vagy nem akarják követni a társadalmilag elfogadott normákat, és felhagynak a társadalmilag kívánatos és előírt célok eléréséért folytatott küzdelemmel is. A visszavonulókat a társadalom kiesőnek tekinti: felhagynak a munkakereséssel, csövesekké és krónikus kábítószerfüggőkké válnak.

Ez a modell hasonlít a racionális választás közgazdasági felfogásához abban az értelemben, hogy a devianciát a strukturális feszültségekkel szembeni racionális lehetőségként közelíti meg. A társadalmi feszültségek szerepet játszanak abban, hogy az embereket arra ösztönzik, hogy a devianciát „válasszák".

Mindazonáltal, amikor erre az elméleti alapra építve a szubkultúrákra vonatkozó kutatásokat végeztek, kevés bizonyítékot találtak arra, hogy ez sikeresen alkalmazható a kábítószer-fogyasztásra. A társadalmi egyenlőtlenségre alapozott magyarázat bizonyára számít az olyan kábítószerek esetében, mint a heroin és a crack, amelyeket leginkább a nagyvárosi területeken, főként szegény, gyakran színesbőrű emberek használnak.

> „A súlyos drogfogyasztás nem egyenletesen oszlik el: »társadalmunk törésvonalai mentén« halad. Egyes csoportoknál koncentrálódik, másoknál nem, és ez már legalább fél évszázada így van" (Currie 1994: 3).

Az a tény, hogy a heroin használata az 1960-as években a belvárosokban nőtt, a crack pedig az 1980-as években, a szegénység és a faji egyenlőtlenségek hatását tükrözi, mivel azok a területek, ahol a heroint használták, még az Egyesült Államok többi részének gazdaságilag virágzó időszakában is szegények maradtak. Az, hogy a belvárosi fiatalok vonzódtak ezekhez a szerekhez, kettős mechanizmussal magyarázható: egyrészt a fiziológiai hatások, amelyek segítettek ezeknek a fiataloknak megfeledkezni a kemény mindennapokról, másrészt ezek a szubkultúrák és a drogfogyasztás körülményei izgalmat kínáltak: a drogok illegalitása, a barátok közelsége, de még a dílerektől való vásárlás is izgalmas volt, és új ingereket hozott az egyébként teljesen sivár életükbe.

Összességében azonban az általános alkohol- és kábítószer-használatnak pusztán a társadalmi feszültségen alapuló magyarázata nem állja meg a helyét. A társadalmi feszültség inkább a bűncselekményekre ad kiváló magyarázatot. A kritikusok szerint az elmélet túlzott mértékben támaszkodik a szegénységre a feszültség és a frusztráció magyarázatához. A szerhasználat nem csak a szegényekre jellemző, hanem a középosztályra is, még ha más formában is. A társadalmi osztály tehát csak korlátozott mértékben jelzi előre a szerhasználatot. A gazdasági értelemben vett kudarcon kívül azonban más típusú feszültségek is léteznek. Egy későbbi, általánosabb feszültségelmélet (Agnew 1992) más feszültségekkel is foglalkozik, mint például a pozitívan értékelt célok elmaradása, amelyek egyike lehet a gazdasági siker, de nem feltétlenül csak ez. További feszültségforrás lehet a pozitívan értékelt ingerek elvesztéséből, például egy családtag elvesztéséből eredő feszültség, valamint a negatív ingerekkel való szembesülésből eredő feszültség. Mindezek a feszültségforrások

növelik a negatív érzelmek, például a csalódottság, a depresszió, a félelem és a düh megélésének valószínűségét. A feszült egyén egyik alkalmazkodási stratégiája a negatív érzelmi állapotoknak a kábítószer-fogyasztással való kezelése, és a szerhasználat céljaként a feszültségektől való megszabadulást, illetve a hangulatjavítást jelölik meg. A magyarázat azt sugallja, hogy amint a feszültségek megszűnnek a kábítószerrel való visszaélés hatására, a deviancia más formáira, például a bűncselekményekre már nincs „szükség" ugyanannak a célnak az eléréséhez. Mivel a nyomasztó érzések enyhülnek, ugyanaz a személy hajlamos arra, hogy később ne kövessen el erőszakos cselekményeket. Bármilyen ironikusan is hangzik, a szerabúzus a feszültség csökkentésének hatékony módjának bizonyul. A feszültségelmélet teoretikusai azonban elismerik, hogy mivel a szerabúzus gyakran új problémákat okoz az egyének életében, valójában tovább növelheti a meglévő feszültséget.

Ennél is fontosabb hangsúlyozni, hogy a feszültségre számos lehetséges reakció létezik, és természetesen nem minden feszültséggel szembesülő ember fordulna a kábítószerekhez. A legtöbb ember más megküzdési stratégiákat választ, mint például a kikapcsolódás és szórakozás, különböző kezelések és tanácsadás, vagy olyan intézményeket, mint a munka és az oktatás, amelyek több megküzdési lehetőséget kínálnak. Ezek az alternatívák azonban pénzügyi vonzataik miatt nem mindenki számára elérhetőek.

Összességében a Merton által felállított gazdasági feszültség hipotézise valóban segít a szerhasználat kérdésének kezelésében, de elsősorban az alsóbb társadalmi rétegekre alkalmazható, nem pedig a társadalom egészére.

Szimbolikus interakcionizmus (társas tanulás-elméletek)

A szimbolikus interakcionista nézet középpontjában, ahogyan azt a neve is tükrözi, az egyének interakciója áll, és az, hogy hogyan értelmezik interakciójukat. A társadalmi problémák, mint például a drogfogyasztás, e nézet szerint az egyének egymás közötti interakciókból adódnak. Ezt az értelmezést követve a kábítószer-használat egy nem használó és (egy vagy több) használó interakciójának eredménye. Ez egyfajta társas tanulás vagy szocializáció. A nem használó interakcióba lép a használóval/használókkal, és megismeri a droghasználatot, a vele kapcsolatos meggyőződéseket és a droghasználat igazolására szolgáló érveket. A kortársak felől érkező nyomás különösen serdülőkorban jelentős, és nagyban befolyásolja az alkohol-, dohány- és drogfogyasztás kialakulásának valószínűségét. A társadalmi kívánatosság és az elfogadás iránti igény az, ami sok fiatalt arra ösztönöz, hogy kipróbálja a kábítószereket.

Ez a megközelítés eltér attól a feltételezéstől, hogy az ember tabula rasa (üres lap), és a viselkedés minden formája, beleértve a deviáns viselkedést is, tanult.

A tanuláselméletek a **differenciális asszociáció** elméletére támaszkodnak, amelyet gyakran alkalmaznak a kábítószerrel való visszaélés területén, és amelyet eredetileg a bűnözés kialakulásának magyarázatára dolgoztak ki. Nagyon valószínű, hogy azok az emberek, akik gyakran kerülnek kapcsolatba („differenciális asszociációba") olyan emberekkel, akik értékelik a deviáns viselkedést, azok az emberek olyan értékeket tanulnak, amelyek kedveznek a devianciának, és nagyobb valószínűséggel válnak maguk is devianssá, esetünkben kábítószer-fogyasztókká. Az, hogy van-e hajlam a devianciára, nagymértékben függ attól, hogy az emberek milyen csoportokhoz tartoznak, és milyen nyomást éreznek a

deviáns viselkedés kialakítására (Cohen 1965). A differenciális asszociáció deviáns viselkedésre ösztönözheti az embereket. A deviánsan viselkedő emberek hajlamosak társadalmi kötelékeket kialakítani más deviánsokkal, akiktől megtanulják az adott kulturális környezetben uralkodó társadalmi értékeket és normákat. Ez leggyakrabban a kortárscsoportokon belül történik meg. Abban az esetben, ha az új környezet új normái ellentmondanak annak, amit korábban a nagyobb társadalomban ismertek, az új tagokat bevezetik a deviáns szubkultúrába. A deviánsokkal való differenciális asszociáció révén a leendő használók a kábítószer-szubkultúrába vagy bármely más deviáns életmódba szocializálódnak.

A tanulás folyamatának négy fontos szempontja különíthető el. A korai életkorban („prioritás”) a legbefolyásosabb, illetve akkor, ha hosszabb ideig tart („időtartam”), gyakrabban fordul elő („gyakoriság”) és szoros kapcsolatokkal jár („intenzitás”) (Sutherland 1939).

Az elmélet szerint a deviancia ugyanúgy tanulható, mint az engedelmesség és a konformizmus, mivel az emberek hajlamosak arra, hogy olyanokkal kerüljenek kapcsolatba, akik támogatják az életmódjukat. Nemcsak az egyének, hanem egész embercsoportok is hajlamossá válnak a devianciára, és a deviáns kultúra fennmarad és továbbadódik az új tagoknak. Ezért a deviancia bizonyos típusainak aránya városrészenként és közösségenként eltérő.

A klasszikus differenciális asszociációs elméletet később továbbfejlesztették társas tanulás-elméletté (Akers 1985). Ez a differenciális asszociációs elmélet fentebb ismertetett alapvetéseire épül, és emellett két szociálpszichológiai folyamatot vezet be: az operáns kondicionálást és az utánzást. Ezekkel az eredeti elmélet jobban alkalmazhatóvá válik a szerhasználatra és -abúzusra. Az operáns kondicionálás elismeri a megerősítés és a büntetés szerepét a tanulási folyamatban. Ez annál is inkább

fontos a szerhasználat esetében, mivel ez a viselkedés kétszeresen is megerősíthető: szociálisan és fiziológiailag. A szociális megerősítés a kortársak részéről jön a droghasználatra adott pozitív visszajelzés formájában, a fiziológiai megerősítés pedig a drogok kellemes hatásából származik. Mivel azonban egyes drogok eleinte fizikai elvonási tüneteket okoznak, egy újabb adagra van szükség ahhoz, hogy ez a kellemetlen érzés enyhüljön.

Howard S. Becker klasszikus, *Becoming a Marihuana User* című cikkében, már 1953-ban bizonyítékot szolgáltatott a társas tanulás e megközelítésére. A társas tanulásnak ez a példája felismeri, hogy a tanulási folyamat az, amely (legalábbis részben) meghatározza, hogy a kábítószer hatásait élvezetesnek tartják-e. Fontos megjegyezni, hogy e fontos mű megírásának idején a marihuána használata még nem terjedt el a középosztályban, ugyanolyan veszélyesnek tartották, mint a herointot. Az, hogy valaki marihuána-fogyasztóvá vált-e vagy sem, attól függ, hogy mennyire volt része a marihuána-szubkultúrában, állítja Becker. Minél több interakciót folytat valaki ezzel a szubkultúrával, és minél szorosabban kötődik hozzá, annál valószínűbb, hogy drogfogyasztásba kezd. A társas tanulási helyzetekre jellemző, hogy a drogokat illetően tapasztalatlan embereknek meg kell tanulniuk a droghasználati viselkedés normáit. Először a tapasztaltabb fogyasztók bátorítják őket a kábítószer-fogyasztásra, és az első beavatásra az ő jelenlétükben kerül sor. Az első próbálkozás döntő a későbbi használat szempontjából. Ha az első alkalommal drogot használó személy folytatni akarja a drogfogyasztást, akkor ezektől a társaktól tanulja meg a viselkedést és az észlelést. A tanulás a drogfogyasztás több aspektusára is vonatkozik. Először a használat technikáját, majd az észlelési technikát kell megtanulni. A tapasztalt használók

azok, akik eligazítják a leendő használót, hogy milyen érzés a marihuána hatása alatt betépve lenni: a használók térbeli torzulást, éhségérzetet és rövid távú memóriavesztést éreznek, amelyek a *betépés* jelei.

> „A marihuána által keltett érzések nem automatikusan élvezetesek. A társaktól tanuljuk, milyen az íze ennek az élménynek, csakúgy, mint az oysters vagy a száraz martini élményének az ízét. A fogyasztó szédül, szomjas, fejbőre bizsereg, tévesen értékeli az időt és a távolságot. Valóban élvezetesek ezek az érzések? Nem biztos benne.
>
> Ha szeretné folytatni a marihuána-használatot, EL KELL DÖNTENIE, hogy mindez élvezetes." (Becker 1953: 53)

Az első alkalommal használók gyakran aggódnak ezek miatt a hatások miatt, és megtanulják ezeket a hatásokat élvezetesként definiálni. A tapasztalt használók megnyugtatják a kezdőket, hogy ezek az érzések valójában nem rosszak, hanem jók. Az ilyen megjegyzésekkel a kezdőket megnyugtatják a droghasználatukkal és annak hatásaival kapcsolatban, és megtanulják kedvezőként értékelni azokat az érzéseket, amelyek aggasztóak és félelmetesek lennének. Ez a drogfogyasztásba a társas interakció útján való beavatás tipikus módja. A tapasztalt használókkal való szoros kapcsolat elengedhetetlen a kábítószer-használói magatartás elsajátításához.

A kábítószer-fogyasztás hatásaival és kívánatosságával kapcsolatos attitűdök számos forrásból származhatnak. Az, hogy a szerhasználatot élvezetesként vagy indokoltként határozzák-e meg, azoknak az embereknek a viselkedésétől függ, akikkel az egyén a legtöbbet érintkezik, vagyis azoktól a csoportoktól, amelyek a megerősítés és a büntetés fő forrásait irányítják. Kétségtelen, hogy egyes emberek sokkal fontosabbak számunkra, mint mások, és sokkal nagyobb hatással vannak erre a tanulási folyamatra.

Az olyan szocializációs ágensek, mint a tágabb család, a tanárok, a szomszédok, a vallási csoportok vagy a média szintén részei ennek a folyamatnak, de a szülőknek és a kortársaknak van messze a legnagyobb befolyása erre a tanulási folyamatra. Az életkor és a szóban forgó viselkedés típusa dönti el, hogy a szülők vagy a kortársak élveznek elsőbbséget a társas tanulási folyamatban. Serdülőkorban, a kábítószer-fogyasztás tipikus életkorában a leghangsúlyosabb a kortársak, különösen a közeli barátok hatása mind a szerhasználat megkezdésében, mind annak folytatásában. A serdülőkor előtt, az életpálya korai szakaszában zajló tanulásban a szülők játszanak kulcsszerepet ebben a folyamatban. Már a differenciális asszociáció eredeti elmélete is azt állította, hogy a legkorábbi tapasztalatok és asszociációk, különösen azok, amelyek olyan embereket érintenek, akikhez a gyermek a legszorosabban kötődik („prioritás"), a legjelentősebbek a tanulási folyamatban. Ezek a hatások jelentik a kulcsot a későbbi életkori szerhasználat megértéséhez. Ezen a ponton nagyon fontos megjegyezni, hogy a későbbi deviancia kialakulásához nem szükséges, hogy a szülők közvetlenül bátorítsák gyermekeiket. A deviáns viselkedés közvetett módon, informális folyamatok, például megfigyelés és utánzás révén tanulható és értékelhető.

> „Bár a szülők szándékosan és közvetlenül szocializálhatják gyermekeiket a deviáns szerhasználatra, az ilyen közvetlen nevelés nem szükséges. Valószínűbb, hogy a család által szorgalmazott deviáns alkohol-, dohány-, marihuána- vagy egyéb drogfogyasztás a gyermekeknek a hagyományos definíciókkal és az absztinens viselkedéssel szembeni nem megfelelő szocializációjának eredménye." (Akers 1992: 172)

Ami a generációk közötti szerhasználati mintákat illeti, a serdülőkori szerhasználat összefügg a szülőkével. A jelenséget leginkább az alkohollal kapcsolatban vizsgálták, és ezekből könnyen lehet a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó következtetéseket levonni. Kiderült, hogy a szülők alkoholfogyasztási attitűdjei és szokásai szoros kapcsolatban állnak a felnőtt gyermekek későbbi alkoholfogyasztási szokásaival. A pontosabb vizsgálatok longitudinális megközelítésben értékelik a szülői és a felnőtt utódok ivási szokásai közötti pozitív kapcsolat jellegét, és konvergens tendenciákat találtak. Annak is megnőtt a valószínűsége, hogy az absztinens szülők gyermekei felnőttként maguk is absztinensek voltak.

A szerhasználat nemzedékek közötti mintái a szülőktől való megtanuláson kívül más tényezőkre is visszavezethetők. Legalább három változó közvetítheti ezt a kapcsolatot. Elsősorban a szerhasználat rontja a gyermekek felügyeletének képességét, ami lehetővé teszi, hogy a gyermekek deviáns kortársakkal barátkozzanak, ami viszont megkönnyíti a szerhasználatot. Másodsorban a szülők szerhasználata akadályozhatja a szülő-gyermek kommunikációt. Harmadsorban növelheti a generációk közötti konfliktusokat (Johnson, Leff 1999). Ezek a tényezők külön-külön vagy együttesen hozzájárulnak a szülők és gyermekeik hasonló szerhasználati szokásainak kialakulásához.

Fontos azonban megjegyezni, hogy az asszociációk nem minden társadalmi csoportban hasonlóak. Az alkohollal kapcsolatban például azt találták, hogy a fehér férfiak esetében valóban generációs hasonlóság mutatkozik az ivási szokásokban, de ez nem igaz a fekete férfiakra.

Összegzésképpen a szülői magatartás fontos tényező a szerhasználat megértésében, de serdülőkorban és korai felnőttkorban, amikor a legtöbb szerhasználat megkezdődik, inkább a kortársak gyakorolják a legnagyobb

hatást. Mind az alkohol-, mind a marihuánafogyasztás jellemzően csoportos keretek között történik, és összefügg a kortársakkal kapcsolatos tényezőkkel, mint például a kortársak szerhasználatának becsült és a kortársak önbevallása szerinti mértéke, valamint a kortársaknak a szerhasználattal kapcsolatos attitűdjei.

A tanulási modellnek minden erőssége és a serdülők és felnőttek drogfogyasztásának magyarázatára való alkalmassága mellett is vannak hiányosságai. A kritikusok megkérdőjelezik a kortárscsoport devianciája és az egyén devianciája közötti kapcsolat oksági sorrendjét. Sok bizonyítékot találtak arra a feltételezésre, hogy először a drogfogyasztó kortársakkal való kapcsolatfelvétel történik meg, majd ezt követi a szerhasználat. Valójában ez a társas tanulás-elméletek központi eleme: azt feltételezik, hogy ezt a viselkedést a bűnöző kortársaktól tanulják el (Oxford et al. 2001). Ugyanakkor arra is van bizonyíték, hogy a kábítószer-használók valószínűleg más kábítószer-használókat keresnek fel, és hogy a kábítószer-használat a hagyományos szocializációs intézményekhez, például a családhoz vagy az iskolához való kötődés hiánya miatt kerülhet előtérbe.

A szubkulturális tanuláselméletek a fenti tanuláselméletek altípusai azzal a különbséggel, hogy az elsődleges referenciacsoport, amelytől a leendő használó tanul és modellez, a szubkultúra tagjai.

A nagyobb társadalomtól valamilyen módon eltérő értékeket és normákat osztó emberek csoportja **szubkultúrát** alkot. A szubkultúrák a társadalom legtöbb normáján osztoznak, csak a viselkedés vagy a tevékenységek egy-egy aspektusában különböznek. A kábítószer-szubkultúrák abban különböznek egymástól, hogy amellett, hogy elfogadják a társadalomban uralkodó alapvető normákat és értékeket, kedvezően viszonyulnak a kábítószerekhez. Ezzel szemben az ellenkultúrák teljesen elutasítják a szélesebb társadalom normáit és értékeit. Éppen azért, mert a szubkultúra tagjai a legtöbb másik normát és értéket osztják, gyakran érzik a nyomást, hogy még jobban alkalmazkodjanak hozzájuk, mint a többi ember. A szubkultúrák korántsem a modernizáció eredménye, a hagyományos társadalmakban is léteztek. Fokozott csoportszolidaritás és interakciók jellemzik őket, osztoznak a társadalmi elkülönülés vágyában, gyakran ellenségesek a külvilággal szemben, és ez az ellenségesség gyakran a csoporton belüli státusz pozitív kritériuma. A szubkultúrák státuszt biztosítanak tagjaik számára, és a csoporton belüli státusz megszerzése többnyire együtt jár a státusz elvesztésével a külvilágban. Hajlamosak kitalálni és használni is a saját titkos nyelvüket.

Fontos megjegyezni, hogy a szubkultúrák minőségileg nem rosszabbak a kultúráknál, a „szub" nem azt jelenti, hogy a kultúra alá kerülnek. Például az orvosoknak és az ügyvédeknek is megvannak a maguk szubkultúrái, és olyan orvosi, illetve jogi szlenget használnak, amely a kívülállók számára nem hozzáférhető.

A szubkulturális marihuánafogyasztás témájával gyakran foglalkoznak a mára már klasszikusnak számító szociológiai munkák. A *The Marijuana Smokers* (Goode, 1970) a következőképp írja le ezeket a

szubkultúrákat: a droghasználat csoportos keretek között történik, a keretek a közeli barátok és soha nem idegenek, a csoporttagok a szerhasználatot az identitás legitim alapjaként érzékelik, és a droghasználat fenntartja és megerősíti a csoporttagok közötti társadalmi kötelékeket. Az értékkonszenzus magas volt, és a bevonás mértékével ez a konszenzus nőtt, a szubkultúra tagjai pedig a szélesebb társadalom ellenállása dacára is fenntartották közös álláspontjukat.

A közös értékek a heroinhasználó szubkultúrák tanulmányozása során is megjelennek (Faupel 1991). Bár gyakran bűncselekményekkel biztosították létüket és a kábítószerre szánt pénzt, hallgatólagos szabály volt, hogy soha nem károsítják meg a csoportjuk egyik tagját sem. A heroinhasználók határozottan ellenzik, hogy a gyerekek vagy más, a kábítószerekkel kapcsolatban tapasztalatlan emberek bekerüljenek a szubkultúrájukba.

> „Talán nincs is olyan átható normatív előírás a heroinhasználó szubkultúrában, mint az, hogy a kisgyerekeket ne szoktassák drogokhoz... a normatív előírás azonban túlmutat a drogok gyerekeknek való eladásán vagy a velük való megosztásán. A vizsgálat résztvevői szinte egyöntetűen azt állították, hogy az etikai kódexük megsértésének minősül, ha bárkit rászoktatnak, aki korábban még nem használt drogot, függetlenül az illető korától." (Faupel 1991: 86-87.)

A fenti leírás azt sugallja, hogy a nehéz drogot használó szubkultúráknak is megvannak a maguk normái és értékei, tagjai pedig a normakódexük szerint cselekszenek még akkor is, ha ezt a szélesebb társadalom nem tartja helyénvalónak.

A szubkulturális elméletek két különböző módon közelítik meg a kábítószer-fogyasztás megkezdésének kérdését. A tanulási elméletekhez hasonlóan egyesek azzal érvelnek, hogy a leendő fogyasztók megtanulják a deviáns viselkedést, amikor kapcsolatba kerülnek az ilyen szubkultúrákkal, míg mások a szelektív interakció kérdését vetik fel abban az értelemben, hogy a drogfogyasztók nem véletlenül találkoznak a drogszubkultúrákkal, hanem azért vonzódnak hozzájuk, mert osztják azok értékeit. Az egyén nem feltétlenül azért válik használóvá, mert a kortársai használók, hiszen már az első társulásokban is működik egyfajta szelektivitás: a droghasználók hajlamosak más használókkal kapcsolatba kerülni, és ha már kapcsolatba kerültek, megismerik a droghasználatnak kedvező légkört (Goode 1999).

Egy másik példa a szimbolikus interakciós megközelítésre, amely alkalmazható a kábítószer-használatra mint deviáns viselkedésre, a **címkézéselmélet**. Eszerint nem maga a viselkedés, hanem a viselkedésre adott reakció teszi a cselekedetet devianssá. Erving Goffman a stigmatizáció kifejezést használja a deviánsok és nem deviánsok interakciójának leírására, amely valójában a társadalom hatalmi struktúráját tükrözi. A címkéző/stigmatizáló emberek azok, akik a törvényt és a rendet képviselik (Goffman 1963). A szabályok első alkalommal történő megszegése az elsődleges deviancia. Mivel szinte mindenki megszegi néha a szabályokat, az elsődleges deviancia sokszor előfordul, de a legtöbb ember nem gondolná magáról, hogy deviáns. A deviánsnak bélyegzett emberek egy része azonban kirekesztődik a többségi társadalomból, és kevesebb esélyük van arra, hogy jó életet éljenek. Az elutasítás miatt a megbélyegzett emberek elkezdik magukat deviánsnak definiálni, és deviáns életmódot folytatnak. A deviáns címke elfogadása és internalizálása a másodlagos

deviancia (Lemert 1951). Ezek az emberek magukévá teszik a tőlük elvárt szerepet (Goffman 1963), mivel az emberek önmagukról alkotott képe nagyban függ attól, hogy mások szemszögéből hogyan látják magukat. A címkék önbeteljesítő jóslatok, mivel az embereket a deviáns karrier és a deviáns identitás elfogadása felé terelik. A kulcsmomentum a társadalmi kirekesztés, amelynek következtében az elsődleges deviáns szinte kizárólag más deviánsokkal kezd szocializálódni. Ezért fokozatosan megtanulja a tapasztaltabb társaitól az eltérő technikákat, és ezzel egyidejűleg az eltérés racionalizálását is kidolgozza.

Röviden, a deviánsnak minősítés megerősíti a deviáns viselkedést.

A címkézéssel és a címkézett emberek hagyományos életből való kizárásával a társadalom kiváltja a viselkedést ahelyett, hogy megelőzné azt.

Konfliktuselmélet

A társadalmi élet valamennyi jelenségére vonatkozó magyarázatok jelentős csoportja a konfliktuselméleti megközelítésből származik, amely a marxista ideológiai örökségből kiindulva a társadalmi mechanizmusokat a társadalmi osztályok közötti örökös konfliktus eredményének tekinti. A konfliktuselméletek makroperspektívát alkalmaznak, és a szerhasználat tekintetében inkább alkalmasak az ezekre vonatkozó szabályozások és törvények eredetének, létrehozásának, érvényesítésének és következményeinek magyarázatára, mint magának a deviáns viselkedés kialakulásának megértésére.

A társadalmi rendet a hatalmi különbségek függvényének tekintik, amelyek semmiképpen sem tükröznek társadalmi konszenzust. Mivel az erőforrások korlátozottak, az egymással szemben álló csoportok a korlátozott erőforrások nagyobb részének birtoklásáért küzdenek. Ebben a küzdelemben egyes csoportok diadalmaskodnak, míg mások marginalizálódnak, ami a legtöbb társadalmi mutató tekintetében – életkörülmények, jólét, oktatás, foglalkoztatási lehetőségek, egészségi állapot és áldozattá válás – a lemaradásukhoz vezet. Karl Marx (1867/1906) szerint az erőforrások felett ellenőrzést gyakorló gazdasági elit kis uralkodó osztálya határozza meg az erkölcsi normákat, és implicit módon a devianciát is, mivel az erkölcsi normák a fennálló gazdasági rendet támogatják. Mint ilyen, egy társadalom attól függően reagál a normái megsértésére, hogy a cselekedet veszélyezteti-e a fennálló hatalmi viszonyokat vagy sem. A konfliktuselmélet szerint, míg a bűnözés elleni törvények többsége a társadalom egésze számára előnyös, más szabályozások az uralkodó osztály értékeit és érdekeit tükrözik, azokét, akiknek hatalmukban áll az élet területeit irányítani, és az uralkodó pozícióban lévők hasznot húznak azok következményeiből a hatalom nélküliek hátrányára. A társadalmi hierarchia csúcsán álló elitnek a pozíciója megőrzésére tett kísérletei társadalmi egyenlőtlenséget idéznek elő és tartanak fenn.

A konfliktuselmélet elismeri, hogy a társadalmi egyenlőtlenség és a szegénység a szegények és hatalom nélküliek körében kábítószer-fogyasztáshoz vezet. Részben azért fordulnak az illegális kábítószerekhez, hogy javítsák hangulatukat, ami a nehéz társadalmi-gazdasági helyzetükből fakad, részben pedig azért, mert ezeknek az embereknek kevés lehetséges bevételi forrása van, az egyik az illegális kábítószerpiac.

A konfliktuselmélet hangsúlyozza továbbá, hogy a fennálló hatalmi viszonyok határozzák meg, hogy egy kábítószer milyen státusszal rendelkezik, hogy illegálisnak vagy legálisnak tekintik-e, hogy büntetőjogi szankciókkal sújtják-e vagy sem. A pszichoaktív szerek használata egyetemes jelenség, és általánosságban igaz, hogy a kábítószer-használatot övező kriminalizáció és büntető intézkedések gyakran kontraproduktívak, nem minimalizálják a károkat. Ezek az intézkedések azonban továbbra is léteznek annak ellenére, hogy bizonyítottan sikertelenek.

A faji és etnikai előítéletek és egyenlőtlenségek szintén szerepet kapnak ebben a hatalmi játszmában.

> „A fekete városrészek intenzív megfigyelésének... általános következménye a rasszizmus intézményesítése azáltal, hogy a bűnözés problémáját általában, és különösen a kábítószer-fogyasztást a fiatal fekete férfiak problémájaként határozza meg... A fiatal afroamerikai és latin-amerikai férfiakat bűnözői csoportként határozzák meg, újra és újra letartóztatják őket kisebb bűncselekmények miatt, és olyan bűnügyi nyilvántartást kapnak, amely hosszú börtönbüntetéseket tesz indokolttá." (Chambliss 1994: 183)

A kábítószer-kriminalizáció faji szempontjainak másik aspektusa, hogy az Egyesült Államokban a crack és a kokainpor farmakológiai hasonlósága ellenére a crackre kiszabott büntetések sokkal szigorúbbak. A konfliktuselmélet ennek az ellentmondásnak a hátterében azt a tényt látja, hogy a crackfogyasztók elsősorban szegény afroamerikaiak a városi területeken, míg a kokainpor-fogyasztók elsősorban fehérek, akik közül sokan a középosztályból származnak. A crack használatáért és a vele való kereskedelemért kiszabott szigorúbb büntetések tehát faji alapúak (Tonry

2011). Összegzésképpen a kábítószer-szabályozási politikák inkább az hatalom nélkülieknek ártanak, és kevésbé a többieknek még akkor is, ha összességében a legális és illegális kábítószer-használat mintái hasonlóak a társadalmi csoportokban.

Történeti kontextusban nézve más kábítószerek, például az ópium, a kokain és a marihuána illegális volta is a konfliktuselmélettel magyarázható. Ezek a gyakori kábítószerek a 19. században váltak illegálissá, és a faji és etnikai előítéletek állítólag szerepet játszottak ebben a folyamatban. A konfliktuselméleti megközelítés szerint a kínai bevándorlókkal szemben az ópium, az afroamerikaiakkal szemben a kokain, az amerikai mexikóiakkal szemben pedig a marihuána miatt táplált faji előítéletek az említett anyagok kriminalizálásának kiváltó okai.

Ráadásul a kábítószer-használat elleni meglévő politikák és szabályozások érvényesítésének módja is meglehetősen aránytalan. A hasonló szerhasználati és -abúzusi mintázatok ellenére az illegális használat következményei súlyosan érintik a hatalom nélkülieket. Egyszerűbben fogalmazva, a kábítószerrel való visszaélés miatt letartóztatottak és elítéltek között a szegények felülreprezentáltak, és a hasonló fogyasztási szokásokkal rendelkező jómódú csoportok nem állnak a rendőrség és a büntetőeljárás fókuszában.

> „A fehér férfi középosztálybeli elkövetők letartóztatása (például egyetemi kampuszokon) garantáltan feszültséget okoz a szervezetnek és a letartóztató tisztnek, mivel a politikai befolyással és pénzzel rendelkező emberek ügyvédeket fogadnak fel a védelmükre" (Chambliss 1994: 192).

A kábítószer-fogyasztás és az ezzel való visszaélés következményeit az alsóbb rétegek is erősebben érzik. A kábítószerrel kapcsolatos erőszak és a kábítószer-kereskedelem a hátrányos helyzetű városi területeken koncentrálódik. A konfliktuselmélet rámutat az elit (az uralkodó osztály) bűnösségére, amely úgy alakította a politikai és gazdasági rendet, hogy az a hatalom nélküliek számára kedvezőtlen életkörülményeket teremtett, amelyeket a szegénység és az elszigeteltség jellemez, és amelyek az érintettek elidegenedését eredményezik. A kábítószer-használat aránya az ilyen környezetben a gazdasági és környezeti körülmények miatt magas, de ha ezeket a körülményeket kontrolláljuk, a kábítószer-használatban mutatkozó különbségek kiegyenlítődnek.

A nehéz életkörülmények és a munkalehetőségek hiánya miatt a kábítószer-kereskedelem vonzó bevételi forrássá vált a hátrányos helyzetű területeken, még ha a lakosság többsége nem is értékeli nagyra azt.

> „Ahol a szélesebb értelemben vett gazdaság nem fogékony ezekre a kizsákmányolt emberekre, ott a feketegazdaság igen. Ez nem jelenti azt, hogy bárki, akinek nincs munkája, hirtelen drogdílerré válik; a folyamat nem ilyen egyszerű. De a faji viszonyok, a munkanélküliség, a kitelepítés és a nyomor tényei elidegenedést szülnek, és az elidegenedés lehetővé tesz egyfajta fogékonyságot a kábítószer-kereskedelem fiatalos újoncait kereső emberek közeledésére." (Anderson 1999: 120)

A szegénység és a marginalizálódás körülményei között a kábítószer-kereskedelemből származó jövedelem a szegények közötti versengés forrásává válik, ami gyakran erőszakos konfliktusokhoz vezet. Az erőforrások hiánya tehát jelentős negatív hatásokkal jár az egész közösségre

nézve, olyan problémákkal, amelyeket – szintén hatalmuk és képességeik hiánya miatt – ezek a közösségek nem tudnak kezelni. A helyzet egy ördögi körré válik, amely intenzív drogfogyasztással, bűnözéssel, áldozattá válással és társadalmi széthullással jár, és amelyből kevés esély van a kitörésre.

Végül pedig a konfliktuselméletek szerint a kábítószer-fogyasztás kriminalizálásának gazdasági oka van. Azok az elitek, amelyeknek hatalmukban áll sok piacot ellenőrizni, hajlamosak mindenféle piacot ellenőrizni. A kábítószer-fogyasztók üldözése és a kábítószer-kereskedelem üldözése valójában a gazdasági elit érdekeit szolgálja. A multinacionális vállalatok óriási befolyással bírnak a legális kábítószerek, például az alkohol, a dohány és a vényköteles gyógyszerek forgalmazásában és értékesítésében, amelyek szintén gyakran károsak az egyénre és a társadalomra nézve. A tudósok azt állítják, hogy a drogfüggőséget hallgatólagosan tolerálták Amerikában, amíg főként csak a szegényeket és az etnikai kisebbségeket érintette, de amint a középosztálybeli fehérek körében kezdett elszaporodni, határozottabban léptek fel ellene. A kábítószer-fogyasztás elleni szigorúbb szabályozó intézkedések meghozatalának oka az volt, hogy a kábítószer-kereskedelem olyan mértékűvé és annyira jövedelmezővé vált, hogy a kábítószer-kereskedő hálózatok vezetői kezdték felülmúlni az uralkodó elit gazdasági hatalmát, és aláásni a meglévő ellenőrzési és hatalmi viszonyokat. Így az elit annak érdekében tett erőfeszítéseket, hogy megállítsa ezt a beavatkozást: a kábítószer-fogyasztás kriminalizálása része volt ennek az akciónak.

Az elitek hatalma azonban nem teljes. Különösen napjainkban, a pluralizált demokratikus társadalmakban a kormányzó osztályon kívüli

csoportok hajlamosak hatalmat szerezni és lehetőséget arra, hogy befolyást gyakoroljanak a deviánsnak tekintett dolgokra. A közelmúltban például a cigaretták eladásából hasznot húzó cigarettatársaságok hatalmát a dohányzás ártalmainak csökkentésére irányuló közös erőfeszítésekkel korlátozták. A dohányzás elleni szigorúbb szabályozást a gazdasági elit tiltakozása ellenére vezették be, amelynek érdeke lett volna, hogy ilyen intézkedéseket ne hozzanak.

Röviden, a konfliktuselméletek a társadalomban fennálló hatalmi különbségektől indulnak ki, és a kábítószer-használatot főként annak szabályozásával és eredményeivel összefüggésben magyarázzák. Úgy látják, hogy a jogi intézkedéseket a különböző társadalmi csoportok esetében differenciáltan dolgozzák ki és alkalmazzák. Annak ellenére, hogy a kábítószer-használat és a kábítószerrel való visszaélés aránya a különböző társadalmi csoportokban hasonló, a káros következmények súlyosabban érintik a szegényeket és a hatalom nélkülieket.

Összegzés

A fenti társadalomelméletek, amelyek alternatív magyarázatot adnak a deviáns viselkedés kialakulására, a deviancia dinamikus és társadalmi jellegét hangsúlyozzák. A normaszegő magatartást társadalmi mechanizmusokkal magyarázzák, miközben rámutatnak a társadalmi környezet, például a kulturális örökség, a társadalmi struktúra, az interakciók és a konfliktusok fontosságára a deviáns viselkedés, ezen belül pedig a szerhasználat és szerabúzus szempontjából.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket! Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Mi jellemző a társadalmi normákra?

   a. Írott viselkedési szabályok
   b. Erkölcsi kötelezettségek
   c. Megszegésüket bünteti a társadalom

2. Miért hasznos egy bizonyos mértékű deviancia a társadalom számára?

   a. Könnyebben elviselhetővé teszi az élet nehézségeit
   b. Fenntartja a társadalom megfelelő működését
   c. Változásokhoz és újításokhoz vezethet

3. A feszültségelmélet (R. Merton) szerint a drogfogyasztás

   a. Az alkalmazkodás egyik formája
   b. A társadalom rossz működésének jele
   c. A társadalmilag nagyra tartott célokról való lemondás

4. Ezt jelenti az anómia Durkheim elméletében

   a. A világos viselkedési szabályok hiánya
   b. Gazdasági válság
   c. A reménytelenség állapota

5. A konfliktuselmélet szerint azért kriminalizálják a drogfogyasztást, hogy

   a. A hatalmi elit uralhassa a drogpiacot
   b. A hatalom nélkülieket bebörtönözzék
   c. A drogfogyasztásból következő ártalmat csökkentsék

10. TÁRSAS TÁMOGATÁS ÉS EGÉSZSÉG

A társas kapcsolatok és az egészségi állapot közötti összefüggés mára ismert tény az egészségszociológiában. Fejezetünk elején a két tényező közötti összefüggés jellegét fogjuk megvizsgálni. A társas támogatás és az egészségi állapot közötti összefüggést elméleti szinten vizsgálva két nézőpont körvonalazódott az elmúlt évtizedekben: közvetlen hatás hipotézise és a pufferhipotézis.

A közvetlen hatás

A közvetlen hatás (vagy főhatás) hipotézise szerint a társas támogatás önmagában, a stressz-szinttől függetlenül javítja az egészségi állapotot és növeli az életminőséget.

Egy ilyen közvetlen jótékony hatás adódhat abból, hogy az egyén úgy érzi, társai segítséget nyújtanak majd neki stresszterhelt események idején, vagy abból is, hogy egy társas kapcsolatrendszer integrált tagjának érzi magát.

Az elvárható segítség észlelése általánosan egy megnövekedett pozitív érzést eredményezhet, továbbá megnövekedett önbecsülést, stabilitás és a társas környezet fölötti kontrollal járhat együtt. Ezek a pszichés állapotok pedig a fizikai megbetegedésekre való hajlamosságot befolyásolják kedvező irányba, a neuroendokrin- vagy az immunrendszer működésére való hatásuk által. Másrészt, az egészségvédő magatartást is előidézhetik, mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás csökkentése, a fizikai aktivitás megnövekedett szintje.

Hasonlóan jótékony a hatása az integrált társas kapcsolati tagság érzésének, ami az élethelyzetek nagyobb megjósolhatóságát, stabilitást és kontrollt, valamint boldogulási képesség érzését eredményezi, mivel rendszeres társas interakciókat biztosít, visszajelzéssel és megerősítéssel,

ami megfelelő szerepek és viselkedésminták elfogadását teszi lehetővé. Ezek a pszichés állapotok a szerepbevonódás által úgyszintén a magatartásra és a fiziológiai válaszadásra való hatásukkal javíthatják az egészségi állapotot. A másoktól érkező visszajelzés hozzájárulhat az életstresszorok elkerüléséhez, amelyek egyébként növelnék a pszichés és fizikai rendellenességek kockázatát. Tehát a szerepbevonódás értelmet és célt ad az egyén életének, csökkentve a mélységes szorongás és kétségbeesés megtapasztalásának kockázatát.

Eszerint a megközelítés szerint a társas kapcsolatok száma a társas támogatás egyik mércéje. Noha hétköznapi tapasztalatainkból tudjuk, hogy ez nem így van, mégis, ha végletekig visszük ezt a gondolatot, akkor elképzelhető, hogy az összefüggés a következő: minél több az ember társas kapcsolata, annál jobb az egészségi állapota. Ha így lenne, akkor a dózis-válasz hatás érvényesülne, azaz egy egységgel több a független változóból a függő változó egy egységnyi növekedését eredményezné.

Ám a kutatások nem ezt bizonyítják, hanem azt, hogy a társas kapcsolatokból egy bizonyos küszöbértékre szükség van a megfelelő egészségi állapothoz, de azon felül a további számbeli növekedés nem eredményez javulást. Egy alternatív oksági összefüggést is megfogalmazhatunk: a társas kapcsolatok hiánya, azaz a társas elszigetelődés (izoláció) rossz egészségi állapothoz vezet (Cohen and Syme 1985).

Pufferhatás

A pufferhipotézis szerint a társas támogatás megvédi az egyéneket a stresszterhelt események patogén hatásától. Ebben a megközelítésben a stressz és a megbetegedés közötti oksági összefüggésben két különböző ponton helyezkedhet el a társas támogatás.

Egyrészt, a támogatás történhet a stresszel teli esemény (vagy annak várása) és a stresszélmény között azáltal, hogy megelőzi vagy csökkenti a stresszválaszt. A mások által kínált erőforrások újraértelmezhetik és csökkenthetik a stresszkeltő esemény károsságát, vagy kiváltják a helyzettel való megküzdés képességét, így tulajdonképpen megelőzik azt, hogy az egyén a nehéz helyzetre stresszforrásként tekintsen.

Másrészt, a társas támogatás közbejöhet a stresszélmény és annak patológiás hatása között azáltal, hogy csökkenti vagy megszünteti a stresszélményt, illetve közvetlenül befolyásolja az ezzel kapcsolatos egészségmagatartást vagy fiziológiai folyamatokat. A támogatás tehát az egyén számára lecsökkentheti annak az észlelésnek a jelentőségét, hogy egy helyzet stresszel teli, megnyugtatva neuroendokrin rendszerét, ami által kevésbé lesz érzékeny az észlelt stresszre. Továbbá, egészséges viselkedési formákat segíthet elő, mint a testmozgás, vagy a személyes higiéniára való fokozott odafigyelés, megfelelő táplálkozás és elégséges pihenés.

Úgy a közvetlen hatás hipotézisére, mint a pufferhipotézisre találtak empirikus bizonyítékot.

Bármelyik is legyen az összefüggés működési módja, az egészségkutatások tapasztalata, hogy nem sok barátra van szükségünk, hanem kevesebb bizalmas társas kapcsolatra, hiszen a társas támogatás megküzdési erőforrás és puffer magas stressz-szint esetén.

A társadalmi beilleszkedést azonban nemcsak a család és a barátok, hanem nagyobb közösségeink is biztosítják. Ilyen a nemzet. Nemzeti önazonosságtudatunk is egy erős érzelem, a társadalmi beilleszkedésünk alapja. Ezt az érzést számunkra, erdélyi magyarok számára a nemzeti traumák, a közös történelmi emlékezet is fémjelzik (ilyen Trianon, 1990 márciusa: marosvásárhelyi magyar-román konfliktus).

Durkheim anómiaelmélete és az öngyilkosság típusai

A társas támogatás kérdéskörével részben összefügg az öngyilkosság szociológiai kutatása.

Émile Durkheimnek az 1890-es években keletkezett, nagy hatású elmélete szerint a társadalomban a két fő erő a szabályozás és az integráció. Mindkettőnél baj, ha valamelyik szélsőséghez közelít: a túl erős és a túl gyenge szabályozás, a túl erős és a túl gyenge integráció egyformán káros az egyén és a társadalom számára. Durkheim ennek alapján négy öngyilkosságtípust különböztet meg (Durkheim 1897/1967):

- Az **egoista öngyilkosság** oka, hogy az egyén nem illeszkedett be kellőképpen a közösségbe, tehát túl gyenge az integráció, következésképpen a társas támogatás is csekély. Például bizonyos vallásoknak erősebb, másoknak gyengébb az integráló hatása. A vallások integráló hatása, növekvő sorrendben: protestáns, katolikus (erősebb), zsidó (legerősebb). Családi állapot tekintetében a házasságnak és gyermeknek van integráló, védő szerepe.
- Az **altruista öngyilkosság** esetében, éppen ellenkezőleg, az a baj, hogy túl erős az integráció, túl sok és mintegy kötelező a nagy mértékű társas támogatás: annyira, hogy az egyén feloldódik a közösségben, az individualizáció csak minimális. Az egyénnel gyakorlatilag a közösség rendelkezik. Pl. a vezér halálakor a szolgák „kötelezően" öngyilkosok lesznek; egyes közösségekben a munkaképtelen öregek öngyilkosságot követnek el; a szamurájok a közösség becsületén esett foltért harakirit követnek el, mert egyénként – a közösségüktől különálló személyként – nem is gondolnak önmagukra.

- Társadalomtudományi szempontból a legjelentősebb az **anómiás öngyilkosság**. Ezt a típust a társadalom gyenge szabályozó ereje határozza meg, és olyankor lép fel, amikor valamilyen nagy politikai, gazdasági, társadalmi változás következtében a társadalmi szabályok meglazulnak. Nem kell feltétlenül rossz irányú változás ahhoz, hogy ilyen anómiás állapot lépjen fel a társadalomban: ugyanilyen károsan hatnak a jó előjelű változások, pl. a gazdasági fellendülések is. A szabályozó erők gyenge volta miatt az egyének anómiás állapotba kerülnek, és hajlamossá válnak az öngyilkosságra. **Házassági anómia** is létezik, mely a válás következtében lép fel, elsősorban a férfiakra hat és növeli az öngyilkossági hajlamot, hiszen megszűnnek az elvált fél számára a korábbi erős viselkedési szabályok, és ez nem felszabadulást okoz neki, hanem sokkal inkább zavart.
- A negyedik típus, a **fatalista öngyilkosság** a túl erős szabályozás következménye, épp ellentéte az anómiásnak. Az egyén a szabályokat túl szigorúnak, merevnek érzi, a változ(tat)ás lehetetlennek tűnik számára. Az ennek következtében fellépő öngyilkosság ritka, ilyen például a fiatal férjek öngyilkossága (Durkheim 1897/1967).

Az egészségi állapot társadalmi meghatározói

Empirikus vizsgálatoknak gyakori kérdése, hogy milyen társadalmi tényezők hatnak a legerősebben az egészségi állapotra. Fejlett társadalmainkban az egészségi állapot társadalmi meghatározói sorrendben a következők:

1. A **társadalmi-gazdasági helyzet** az egészség legfontosabb meghatározója.

Az iskolázottabb, jobb anyagi helyzetben lévő személyek egészsége átlagosan jobb, mint azoké, akik alacsonyabb végzettséggel, kevesebb anyagi erőforrásból gazdálkodnak.

2. **Családi életforma**: azonos társadalmi rétegen belül a jogilag bármilyen családi állapotú, ám ténylegesen társsal élő emberek egészsége jobb, mint a társtalanoké. Az elégedettség tekintetében nem tapasztalunk jelentős különbségeket a családosok és az egyedül élők között, ugyanakkor a boldogság kérdésében már számottevőek a különbségek: az egyedül élők mindenhol kevésbé boldogok, mint családos kortársaik.

Fordítva is érvényes: a magukat boldogtalannak érző emberek között sokkal több az egyedül, mint a párkapcsolatban élő. Az állandó társsal élők (legyenek házasok, együtt élők vagy állandó partnerkapcsolatban élő egyedülállók) nagyrészt boldognak tekintik magukat (Utasi 2001).

A fiatal korosztályokban is fennáll a páros életforma és a jobb egészség összefüggése.

3. **Családi állapot**: a társsal élők között a házasok egészségesebbek, mint a párkapcsolatban élők.

A társtalansággal anyagi és társadalmi hátrányok járhatnak együtt, de a kölcsönös bizalmon alapuló, intim társas kapcsolat hiánya önmagában is negatív hatással van az életminőségre.

Az egyedül élők hajlamosabbak a magányra és a depresszióra, és gyakrabban betegek, mint a házasok; az egyedül élő férfiakat több pszichés probléma terheli. Elsősorban a férfiak halálozási rizikója nagyobb – ennek oka a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a helytelen és rendszertelen táplálkozás, általában véve a kockázatokkal teli életvitel (Hradil 1995).

Oksági viszony az egészségi állapot és a családi állapot között

A társasság megóvó, érzelmi és fizikai szempontból jótékony hatását tehát nemzetközi kutatások alátámasztják.

A társadalomtudományokban vita folyik arról, hogy milyen az okokozati összefüggés iránya: vajon a párkapcsolat, az érzelmi harmónia óvja-e az egészséget, vagy inkább fordítva: az egészséges emberek eleve nagyobb eséllyel találnak társat.

Durkheim megóvási hipotézise

A klasszikus szociológiai nézetet Émile Durkheim képviseli, aki szerint a házasság óvja az egészséget. Munkássága óta úgy tudjuk, az elvált férfiak elégedetlenebbek a házasoknál, ezért magasabb körükben az öngyilkossági ráta (Durkheim 1897/1967). A házasság „megóvási együtthatója" jótékony hatást fejti ki a férfiak lelki egészségére.[19]

Durkheim szerint a házasság óvja az egészséget. Mivel a férfiak inkább ösztönlények, szexuális érdeklődésük szerteágazó, a házasság szabályozza az életvitelüket, keretet ad nekik. A házasságnak tehát megóvási együtthatója van a férfi számára, lelki egészségüket védik. Ha a férfi elválik, megszűnik ez a szabályozottság, ami nagyobb valószínűséggel

[19] Durkheim anómia-elméletének egyik tétele szerint a házasságban a férfiak megóvási együtthatója magasabb, mint a nőké, ezért a házasság megromlása és a válás nagyobb valószínűséggel vezet öngyilkossághoz a férfiak esetében. A nők inkább a kötöttségek alóli felszabadulásként élik meg a válást (ld. Durkheim 1897/1967).

vezet öngyilkossághoz. A nők természetükből adódóan nem igénylik ezt a szabályozást, ezért ha elválnak, inkább a kötöttségek alóli felszabadulásként élik meg a válást. Rájuk ritkán érvényes az anómia elmélete.

Az egészségkutatók egyértelmű összefüggést állapítanak meg a családi állapot és a halandóság között. Az összefüggés nemcsak az elváltak és az idősek, hanem még a jómódú fiatal szinglik vonatkozásában is jelentős. A házasság a szubjektív jóllét legfontosabb meghatározója. Ilyen értelemben a társtalanság a jóllét szubjektív érzésére, a fizikai és a lelki egészségre negatív hatást gyakorol.

Egy stresszel kapcsolatos kutatás eredményei szerint az ugyanannyi stressznek kitett házas emberek védettebbek a külső fenyegetésekkel és problémákkal szemben, mint egyedül élő társaik (Gelles 1995). Döntő azonban a házasság minősége: a rossz házasság egyenesen romboló az egészségre nézve, sőt rosszabb az egyedülléténél.

Szelekciós hipotézis

E versengő nézet szerint nem a házasság megóvási együtthatója magas, ahogy azt Durkheim állította, hanem az egészséges és elégedett emberek eleve nagyobb valószínűséggel találnak társat, az elégedetlenek pedig inkább egyedül maradnak. Tehát az összefüggés az életforma és az egészség között inkább fordított irányú.

A távoli Japánban a társasság és az egészségi állapot tekintetében különös képet látunk. Ebben az országban világszinten az egyik legmagasabb a várható élettartam, azonban átlagosan 15 évvel rövidebb élet áll egy fiatal egyedül élő férfi vagy nő előtt, mint házasságban élő társa előtt. Noha ez az óriási különbség a múlt század ‘50-es éveitől folyamatosan

csökken, ekkora eltérést egyetlen fejlett országában sem regisztrálnak. A két versengő nézet – a Durkheimet idéző házassági megóvási illetve a szelekciós magyarázat közül – itt az utóbbi javára dőlt a mérleg.

Míg Nyugaton a házasság megóvó hatása magyaráz többet az egyes életformákban élők egészségi és élettartami különbségeiből (Goldman et al. 1995), addig Japánban a *megrendezett házasságok* egyre csökkenő, de még mindig létező jelensége az, amely az egyedül élő népesség körében kiugróan magas mortalitáshoz vezet. Japánban a jövendőbeli egészségi állapota a házastárs kiválasztási folyamatában elsőrendű szerepet játszott. Elsősorban a tuberkulózistól való félelem miatt maradtak pár nélkül a fertőző betegek vagy azok, akiknél egyéb kockázati tényezők mutatkoztak. Ugyanez mondható el a pszichés betegekről is. A család, a rokonság és a barátok részvétele a szelekciós folyamatban csak erősítette ezt a jelenséget. Továbbá az szól a szelekciós magyarázat mellett, hogy egészen a nyolcvanas évekig, elsősorban a megrendezett házasságok intézményének köszönhetően, gyakorlatilag minden egészséges japán házasságra lépett (kicsit hasonlóan ahhoz, ahogy nálunk, Erdélyben is a paraszti társadalomban). A magas házasodási arányszámok miatt az egyedül élők száma sokáig elenyésző volt, arányában negyede annak, ami a nyugati országokban jellemző volt.

Itt tehát azt látjuk: nem a házasság óv a betegségtől, hanem eleve nincs esélye a házasságkötésre annak, aki nem egészséges, a kockázati tényezők csökkentik a megbetegedésre hajlamos fiatalok házassági esélyeit (Goldman et al. 1995).

Ám az utóbbi évtizedekben a házasodási arányszámok, azokon belül a megrendezett házasságkötések aránya jelentősen csökkent (Ronald 2009), és ezzel együtt az egyedül élők mortalitása javult.

A szinglik életminősége és egészségi állapota

A magasan képzett, jó anyagi körülmények között élő fiatalok körében is az átlagosnál többen élnek egyedül, elsősorban a nagyvárosokban. Számuk és népességbeli részarányuk növekvőben van, a társadalomtudósok előrejelzései a „szingli-társadalom” képét vetítik előre (Hradil 1995).

Vajon egészségesek-e a jómódú fiatal egyedülállók? Hogyan jellemezhető életminőségük a társsal vagy családban élő kortársaikhoz képest?

Az utóbbi évtizedben a nyugati országokban növekedett az egészségtudatosság a fejlett országok népességében. Az egészséges életmód, a rendszeres sporttevékenység és a kalóriaszegény étrend jelszavakká váltak.

A szinglik az önmagukra szánható hosszabb időnek köszönhetően is jobban vigyáznak egészségükre, mint az átlagnépesség. Testalkat tekintetében valamennyi életkori csoportban inkább karcsúak, ritkább körükben a túlsúlyosság, az elhízás, mint az átlagnépességben (Hradil 1995). Többet sportolnak családos társaiknál, kiemelkedő mértékben a fiatal férfiak. Az egészséges életmódjukról alkotott tetszetős képet csak a dohányzás viszonylag nagy gyakorisága árnyékolja be.

Ám fokozott egészségtudatosságuk ellenére a fiatal egyedülállók nem egészségesebbek családos kortársaiknál. Nemzetközi összehasonlító vizsgálatok tapasztalata, hogy azonos társadalmi-társadalmi rétegen belül vizsgálódva az egyedül élők életminősége rosszabb, mint a párkapcsolatban élőké – legyen szó bármilyen nemű és korú elváltakról, özvegyekről, egyedül élőkről (Murinkó 2006; Boyle et al. 2009).

A társ nélkül élők egészségének vizsgálata arra mutat rá, hogy a társtalansággal járó egészséghátrányok nemcsak az időskor velejárói. A fiatal korosztályokban a kívülről tekintve színes, változatos életet élő szinglik egészsége rosszabb azon kortársaikénál, akik párkapcsolatban vagy családban élnek.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Az egészséges emberek inkább találnak társat, mint a betegek. Ez a magyarázat a

   a. pufferhatás
   b. szelekciós hatás
   c. megóvási hatás

2. A társadalmi tényezők közül ez hat legerősebben az egészségi állapotra:

   a. házasság
   b. párkapcsolat
   c. anyagi helyzet

3. A társas kapcsolatok mérsékelik a stresszhelyzetek kóros hatását. Ez a

   a. pufferhatás
   b. szelekciós hatás
   c. közvetlen hatás

4. A társas kapcsolatok megakadályozzák a kóros testi folyamatok beindulását. Ez a

    a. pufferhatás
    b. szelekciós hatás
    c. közvetlen hatás

5. Az anómiás öngyilkosság ekkor gyakori:

    a. egy vezér halálakor
    b. hirtelen gazdasági fellendülés idején
    c. amikor túl erősek a társas kapcsolatok

11. A NEMEK EGÉSZSÉGKÜLÖNBSÉGEI

A nők jobb életkilátásai és hosszabb várható élettartama a magas életszínvonallal rendelkező társadalmakra jellemző. Az elmúlt évszázadokban a nők egészségindikátorai rosszabbak voltak a férfiakéinál, elsősorban a gyermekszülés miatti elhalálozások száma csökkentette várható élettartamukat. Ma már a világon mindenhol magasabb a nők születéskor várható élettartama, és ennek oka a kedvezőbb halálozási mutatóik.

Hogyan jutottunk ide? Lássuk dióhéjban, milyen változások történtek az ipari társadalomtól a szolgáltatói társadalom felé haladva a munkaerőpiacon és a magánéletben. Ezeket a jelenségeket is segítségül hívjuk a nemek egészségkülönbségeinek magyarázatához.

A munkanélküliség megjelenése

Az 1980-as évektől kezdődően Európa nyugati fele ún. szolgáltatói társadalomban él, ahol a nemzetgazdasági ágak közül a szolgáltatásoknak jut a főszerep. Nálunk ez a változás 10-15 évvel később, a rendszerváltás után kezdődött.

Ezt a társadalmi berendezkedést különböző egyéb nevekkel is illették a tudósok: posztindusztriális társadalom, tudástársadalom, információs társadalom, hálózati társadalom, posztmodern társadalom, szabadidős társadalom, élménytársadalom.

A legtöbb munkavállaló nem vesz részt konkrét javak előállításában (ahogy a mezőgazdasági és az ipari társadalomban tette), hanem a szolgáltatásokban dolgozik: kereskedelemben, turizmusban, egészségügyben, oktatásban.

Az ipari társadalomban a standard foglalkoztatás volt jellemző: a munkát teljes munkaidőben végezték, a munkáltató székhelyén, annak irányítása alatt, határozatlan időtartamú munkaviszony keretében végezték. Jellemző módon a férfiak dolgoztak, és csaknem teljes volt a foglalkoztatottság: minden munkaképes korú, munkára alkalmas férfi dolgozott.

Az elmúlt évtizedekben a fejlett társadalmakban a mezőgazdasági és a feldolgozóipari munkakörök fokozatos megszűnésének voltunk tanúi, ezzel párhuzamosan a szolgáltatások kerültek előtérbe. Úgy a munkaadói, mint a munkavállalói oldalról megjelent az igény az atipikus (nem-standard) munkavállalási formák iránt: ilyen a részidős munka, a határozott idejű szerződések (projektmunka), a távmunka, a munkakör-megosztás, a bedolgozás és az alkalmi munkavégzés. Sok esetben a diákok és a kisgyermekes anyák, de akár a nyugdíjasok is abban érdekeltek, hogy rövidebb munkaidőben vállaljanak munkát, vagy otthonról dolgozzanak, így a munka összeegyeztethetővé váljon egyéb feladataikkal (tanulás, család).

Ilyen körülmények között a foglalkoztatottság már messze nem teljes, megjelenik a munkanélküliség. Ennek okai sokrétűek: kiéleződött a nemzetközi verseny fontos iparágakban, így már nemcsak a fejlett országok tudják ezeket megtermelni, állandósultak a gazdasági válságok vagy termelés-csökkenések, a technikai fejlődés következtében csökken az ipar munkaerő-igénye, végül, de nem utolsó sorban tömegesen munkába álltak a nők, hiszen egyre több olyan munkakör keletkezik a szolgáltatói szektorban, amelynek betöltésére alkalmasak.

A munkanélküliség a leginkább a rutin szellemi munkát és a képzetlen fizikai munkát végzők személyeket fenyegeti, elsősorban a gyors technológiai változások miatt.

A munkanélküliség az anyagi helyzet megromlása miatt sokszor fizikai egészségkárosodásokkal jár, de jelentősek a pszichés következményei is.

A modern szegénység

A szolgáltatói társadalmakban ugyanakkor egy új típusú szegénység is megjelenik, ezzel összefüggésben a kétharmados társadalom („Zwei-Drittel-Gesellschaft") fogalma honosodott meg. A fogalom arra a jelenségre utal, hogy a gazdasági növekedés és a matematikai értelemben általános jólét ellenére a tartós munkanélküliség és az alulfoglalkoztatottság mértéke állandó: a kereső munka világán kívül rekedtek a népesség egyharmadát teszik ki, és a szegénységi küszöb alá süllyednek. Ez az új társadalmi csoport a prekariátus, ők a szolgáltatói társadalmakban a rétegződés alsó szintjén állnak, jövedelmük és egzisztenciájuk bizonytalan.

Fontos hozzátenni, hogy a prekariátus nem egy homogén csoport, nem csak a tartósan munkanélküliek tartoznak ide, hanem egyre inkább a gyenge és/vagy bizonytalan jövedelmű foglalkoztatottak, sőt önfoglalkoztatók is, a kiszolgáltatott munkaviszonyban dolgozók, az idénymunkások és az időszakosan alkalmazottak, a részmunkaidősök jelentős része, továbbá az egyedül nevelő szülők, a krónikus betegek, a bevándorlók: tehát elsősorban a munkaerő-piacról (is) kirekesztettek.

A szolgáltatói osztály megjelenése

A szolgáltatói társadalmakban a társadalmi hierarchia csúcsán a hagyományos vállalkozói középosztály mellett kialakul egy új társadalmi csoport: a szolgáltatói osztály. Egy magasan képzett, menedzseri és egyéb

vezető feladatokat ellátó értelmiségi csoportról van szó. Ezekkel a vezető értelmiségiekkel különböző időtávokra kötnek munkaszerződést, a lehető legbiztosabb az állásuk, lehetőségük van szakmai előmenetelre a cégen belül, és egyéb – nem anyagi jellegű – javadalmazási formákkal is jutalmazzák őket. A szolgáltatói osztály tagjai nagy munkaerőpiaci értéket képviselnek, munkájuk iránt elkötelezettek, vezető beosztásokat töltenek be (Goldthorpe 1996).

A magánélet változásai. Családmodellek és nemi szerepek régen és ma

A mezőgazdasági társadalmakban a család teljes termelési egység. Nemcsak közösen fogyasztanak, hanem a javak előállításában, az élelem megtermelésében is közösen vesznek részt. A család otthona általában a munkahelye is.

Az ipari társadalomban jellemzően csak a férfiak végeznek kereső munkát. A család és a munkahely szétválik egymástól, a férfiak otthonról eljárnak dolgozni. Létrejön a jellemzően városi polgári kiscsalád, ami az ipari társadalomnak leginkább megfelelő családforma. Ez a mai nukleáris család prototípusa is, mely egyetlen családmagból áll: apáról, anyából és gyermekekből. A nemek között erőteljessé válik a munkamegosztás: a férfiak végzik a (gyári, hivatali) kereső munkát, a nők a háztartás és a család ellátását. Az egykeresős családmodell egy bizonyos nemi egyenlőtlenséget is feltételez a férfiak és nők között.

A 20. század során, főként a második világháború után a háborús férfiveszteség és a gazdasági károk következtében nagy kereslet jön létre az új munkaerő iránt, ezért a nők is elkezdenek kereső munkát vállalni.

Van, ahol ezt önszántukból teszik, az akkoriban bimbózó női egyenjogúsági mozgalmak szellemében, máshol (Kelet-Európa szocialista államaiban) az állam kötelezi őket rá. A huszadik század közepétől kezdődően általánossá válik a kétkeresős családmodell.

Ahogy a nők számára megnyílik a munkaerőpiac, és egyre többen kezdenek el továbbtanulni és kereső munkát vállalni, a szakmai karrier összeütközésbe kerül a nők hagyományos családi és nemi szerepeivel. A nők számára a kereső munka és a család követelményei gyakran ellentmondanak egymásnak, és a szakmai karrier késlelteti a családalapítást és a gyermekvállalást (Becker 1975).

A férfiszerepekben is történik változás, hiszen a modern családokban ők is nevelői szerepet vállalnak, már nemcsak a család egzisztenciájának a megteremtése a feladatuk. Ám ezek a változások nem olyan nagy mértékűek, mint a nők életében.

Mindez népesedési változásokkal jár. A második demográfiai átmenet jelenségét, melyben a születésszámok a halálozási arányszámok alá csökkennek, és a népességcsökkenés válik jellemzővé, a kutatók a posztmateriális értékek térhódításával magyarázzák. Míg az első demográfiai átmenetet, a népességnövekedést technológiai változások hívták életre, addig a másodikat, a népességcsökkenést az értékrendi változások idézték elő. A fő jelenségek a következőkben foglalhatók össze: csökken a házasságkötések száma, nő az első házasságkötés és a gyermekvállalás életkora, a házasságkötés helyett általánossá válik az élettársi kapcsolat, megnövekszik a válások száma, és csökkennek az újraházasodási arányok.

A női életút változásai

A családi emberitőke-elmélet szerint a nemek humán tőke felhalmozása eltérő profilú: eltérő céllal, ambíciókkal és családi szerepelvárásokkal történik, hiszen a nők számára a munka másodlagos a családhoz képest. A nemek eltérő prioritásai magyarázzák, hogy a nők általában véve elégedettebbek munkájukkal, mint a férfiak, noha objektív kereseti viszonyaik és előrejutási lehetőségeik sokszor kedvezőtlenebbek.

Az intézményesült női életút az ún. három-fázis-modelljében ölt testet: a képzési időszak befejezésével a nők belépnek a munkaerő-piacra, később, a gyermekvállalás fázisában időszakosan kilépnek a gyermekgondozás és -nevelés javára, majd a gyermekek iskolás korában újra visszatérnek a kereső munkához. Ez a tagolódás főként a képzett nők számára azt jelenti, hogy kedvező munkaerő-piaci helyzetük és kilátásaik megakadályozhatják a gyermekvállalást, sőt a párkapcsolat kialakítását is: a három fázis közül a második, a családos életszakasz késleltetéséről vagy elutasításáról van szó. A **családi emberitőke elmélete** azt tételezi fel, hogy a nők kedvező munkaerő-piaci helyzete kedvezőtlen a családi élet szempontjából és annak akadályozójaként hat (Becker 1975). A gyermekvállalás ellenösztönzői a nők iskolai végzettségének emelkedésével egyre erősebbek, és a „rugalmas" munkaerő-piaci helyzet gyakran egy kevésbé szokványos életforma választását, pl. távolsági párkapacsolat, gyermektelenség, egyedülálló életforma vonja maga után.

A szolgáltatói társadalomban éppen ezért krízisét éli a patriarchális kiscsalád: bár a legtöbb társadalomban még ma is jellemző, mégis, már többféle családtípus létezik. A nemi szerepek átalakulásának okai, a teljesség igénye nélkül, a következők: a nők munkaerő-piaci részvétele fokozódik,

képzettségi szintjük emelkedik, ezáltal a nemek közötti gazdasági-kereseti különbségek kezdenek kiegyenlítődni. Az orvostudományi fejlesztések tökéletesítik a születésszabályozást, így a nők megtehetik, hogy a kívánt időpontban vállaljanak gyermeket. Eközben átalakul a modern társadalmak foglalkoztatási szerkezete is, kereslet születik a női munkaerő iránt. A szolgáltatói társadalom munkakörei jelentős részben női vagy nők által is végezhető munkák. Ezáltal elkezdődik a nemi szerepek lassú változása. A jelenséget felerősíti, hogy az 1960-as évektől elterjed a feminizmus ideológiája, mely a globalizált kultúrában gyorsan terjed.

A munka és a magánélet egyensúlya: egy modern probléma

A kétkeresős családmodell általánossá válása és a családformákban bekövetkezett változás (elsősorban az egyszülős családok számának növekedése) felveti a munka és a magánélet egyensúlyának kérdését.

A munkateljesítményre a családapák a legmotiváltabbak, és a gyermekek számának növekedésével nő az apák munkával töltött ideje is. A leghosszabb a harmincas éveikben járó apák munkaideje. A nők esetében ez az összefüggés nem lineáris: a többgyermekes anyák kevesebb időt töltenek kereső munkával és többet fizetetlen házimunkával és gyermekgondozással. Kivételt képeznek az egyedülálló anyák, akiknek munkaideje hosszabb, mint a párkapcsolatban élő anyáké.

A férfiak munkateljesítmény-orientációját természetesnek, a hagyományos férfiszerep velejárójának tekintjük, miközben a nők esetében az emancipációs és az önmegvalósítás jeleként értelmezzük, és sokkal inkább szimbolikus jelentőségűnek véljük (Hradil 1995).

A társadalomtudományok is elsősorban a nők vonatkozásában tárgyalják a munka és a magánélet egyensúlyát, a családtervezés, a gyermekgondozás és a háztartási munkával összefüggésben. Ugyanakkor az elmúlt időszakban nemcsak a női-, hanem a férfiszerepek is gazdagabbá váltak. A fizetett munkán kívül a férfiak számára is megjelenik a család és a háztartás, így az egyensúlynak számukra is tétje lesz. Noha viszonylag kevés a kutatás a férfiak munkamagánélet-egyensúlyáról, tanulmányok bizonyítják, hogy egyrészt a társadalmi és személyes elvárások, illetve a főkereső státussal járó nyomás miatti hosszú munkaidő, másrészt az a vágyuk, hogy több időt töltsenek családjukkal, a férfiakat akár még több stresszhatás alá helyezi, mint a nőket.

A munka és a magánélet egyensúlyát munkaerőpiaci és demográfiai tényezők határozzák meg.

Munkaerőpiaci tényezők

A munka jellemzői közül a munkaidő hossza és a tevékenység időzítése meghatározó. A hosszabb munkaidő rosszabb egyensúlyt eredményez. A túlórázás negatívan befolyásolja a munka és a magánélet egyensúlyát. Nemcsak a túlóra, hanem a váltott műszakban végzett munka is árt az egyensúlynak, ugyanakkor a munkaidő rugalmassága a javára szolgál.

Egy, orvosok körében végzett vizsgálat szerint (Keeton et al. 2007) az órarend és a munkaidő hosszának egyéni alakíthatósága az egyensúly legfontosabb tényezői, egyben a kiégés elleni védőtényezők.

Demográfiai tényezők

Másodszor, a demográfiai tényezők közül némelyiknek a hatása nyilvánvaló. A hosszú háztartási munka, illetve a kizárólagos felelősség a háztartás és a gondoskodás iránt megnöveli a konfliktust. Azokban a családokban, ahol a házimunka aránytalanul nagy része hárul a nőkre, az ún. családos időszakban, 36 és 45 éves koruk között erőteljesen jelentkezik a nők életében a munka és a magánélet konfliktusa.

A teljes munkaidőben dolgozó nők nehezebben egyeztetik össze munkájukat magánéletükkel, és sok esetben sivár életvitelt folytatnak. Kelet-Európában, ahol a teljes idejű női munkavállalás jellemző, a nők a férfiaknál nagyobb arányban számolnak be a két életterület konfliktusáról. A gyermeknevelés is fokozza a konfliktust, de jobb a helyzet azokban az országokban, ahol a nappali gyermekfelügyeleti rendszer kiterjedt. Ám nemcsak a családban élők, hanem akár az egyedülállók is konfliktust tapasztalhatnak a szakmai élet és a magánélet között. Egy romániai kutatás eredményei azt mutatják, hogy az alkalmazottak munkamagánélet-egyensúlya nem különbözik a családi állapot szerint (Panisoara and Serban 2013). Mindazonáltal jellemzően az egyedülálló szülők vannak a leginkább kitéve a munka-magánélet konfliktusának. Romániában az egyszülős családokat, amelyek között felülreprezentáltak a szegények, gyakran a marginalizálódás és a szegénység veszélye is fenyegeti. Kevés az állami juttatás, amely az egyszülős családokat támogatná, és különösen az egyedül nevelő anyák helyzete kockázatos. Nem csoda, hogy az egyedül nevelő anyák kevésbé boldogok, több stresszt észlelnek, és fáradtabbak a párkapcsolatban élőknél.

Az iskolai végzettség és az anyagi helyzet is összefügg a munka és a magánélet egyensúlyával. Az alsó szintű fehérgalléros munkakörökben

kisebb az észlelt konfliktus, mint a magas szintűekben, de utóbbiak alig különböznek a kékgalléros fizikai munkásoktól.

Ugyanakkor nemcsak ezeknek az egyéni tényezőknek, hanem egy-egy ország kultúrájának is szerepe van abban, milyen elvárásaik vannak a dolgozóknak a munka és a magánélet egyensúlyára vonatkozóan. Elsősorban Kelet-Ázsiában ismerünk például erőteljesen munkacentrikus társadalmakat.

A munka és a magánélet egyensúlyát tehát a legegyértelműbben a munkaidő hossza, továbbá a váltott műszakokban végzett munka befolyásolja. A demográfiai hatások közül a nem és a családszerkezet szerepe egyértelmű, de az életkor és a társadalmi-gazdasági helyzet is gyakran közrejátszik. Az egyedülálló szülők, a sokgyermekes szülők és a váltott műszakban dolgozók vannak a legnagyobb mértékben kitéve a munkamagánélet-egyensúly hiányának.

Az egészségi állapot szempontjából mindez azért jelentős, mert a túlzott munkaterhelés megnövekedett egészségkockázatot hordoz, ugyanakkor a munka és a magánélet egyensúlyának hiánya a kiégést és egyéb mentális problémákat valószínűsíti.

A férfi-női egészség-túlélés paradoxon

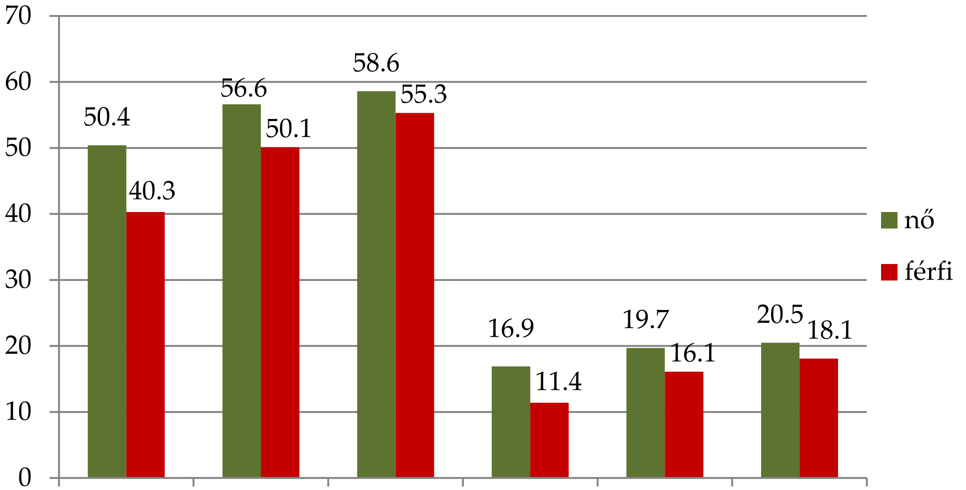
A férfiakhoz viszonyítva a nők több krónikus betegségben, továbbá a mindennapi életvitelüket korlátozó egészséghátrányban (funkcionális korlátozottságban) szenvednek, mégis, a férfiak halandósága nagyobb. Ez az ellentmondás a férfi-női egészség-túlélés paradoxon (male-female health-survival paradox), és több tényező együttes hatásának eredménye.

Az utóbbi évtizedekben a nemi szerepekben és a munkaerőpiacon bekövetkezett számos változás, továbbá a nők helyzetének számottevő javulása ellenére elmondható, hogy a legtöbb társadalomban a nők pozíciója alacsonyabb: az elsődleges munkaerőpiacon jellemzően férfiak vesznek részt, míg a nők legtöbbjének a másodlagos munkaerőpiacon jut szerep.

Feladat

Tanulmányozza az alábbi ábrát, majd válaszolja meg a kérdéseket!

6. ábra: A 25 és 65 éves korban várható további élettartam az iskolai végzettség szintje szerint



Válaszolja meg az alábbi három kérdést!

1. 25 éves életkorban a várható élettartam különbsége a férfiak és nők között

   a. az iskolai végzettség növekedésével csökken
   b. az iskolai végzettségi szinteken egyforma
   c. az iskolai végzettség növekedésével nő

2. 65 éves életkorban a várható élettartam különbsége a férfiak és nők között

a. az iskolai végzettségi szinteken egyforma
b. az iskolai végzettség növekedésével csökken
c. az iskolai végzettség növekedésével nő

3. Melyik életkorban és melyik iskolai végzettségi szintnél a **legnagyobb** a különbség a férfiak és a nők között?

a. 25 éves korban a felsőfokú végzettségnél
b. 25 éves korban a középfokú végzettségnél
c. 65 éves életkorban a felsőfokú végzettségnél
d. 25 éves korban az alsófokú végzettségnél
e. 65 éves korban az alsófokú végzettségnél

4. Melyik életkorban és melyik iskolai végzettségi szintnél a **legkisebb** a különbség a férfiak és a nők között?

a. 65 éves életkorban a középfokú végzettségnél
b. 65 éves korban az alsófokú végzettségnél
c. 25 éves korban a felsőfokú végzettségnél
d. 25 éves korban az alsófokú végzettségnél
e. 65 éves korban a felsőfokú végzettségnél

5. Igaz vagy hamis?

A várható élettartam nemek közötti különbsége minden életkorban és minden iskolai végzettségi szinten állandó.

a. igaz
b. hamis

Az egészségszociológia, amikor társadalmi jellegű magyarázatot nyújt az egészséggel összefüggő jelenségekre, természetesen elismeri és figyelembe veszi a többi tudományág, elsősorban a biológia és az orvostudomány megközelítését, hasonlóképpen a pszichológia egyes elméleteit, és ezeket mintegy kiegészíti azzal, hogy a magyarázathoz segítségül hívja a társas jelenségeket. Így teszünk a nemek közötti egészség- és halandósági különbségek tárgyalásakor is.

A nemi különbségek magyarázata

A biológiai magyarázat szerint a szívkoszorúér megbetegedések azért ritkábbak a nőknél egy bizonyos életkorig, mert a menopauza időszaka előtt védi őket a jellemzően női ösztrogén hormon. A szociobiológia főként az eltérő hormonális működéssel magyarázza az egészségkülönbségeket.

A pszichológia az eltérő személyiségjegyekkel, vagyis az agresszivitás vs. harmóniára törekvés mint a férfira, illetve a nőre elsődlegesen jellemző személyiségjegyekkel érvel.

A szociológia azzal egészíti ki ezeket a meglátásokat, hogy az életmódot és az egészségmagatartást hívja segítségül a nemek közötti egészségkülönbségek magyarázatában.

A társadalmi helyzet a férfiak esetében erőteljes összefüggést mutat a halálozással. A munkahelyi kockázatok leginkább a hagyományos férfi munkakörökben jelentkeznek, mint amilyen az építőipar, a nehézipar, a mezőgazdaság, a közlekedés, a bányászat, a hadsereg. Ugyanakkor a nők egészségmagatartása kevésbé függ munkahelyük jellegétől, és, valljuk be, kevesebb foglalkozással összefüggő veszély leselkedik rájuk. Ugyanakkor ezekben a munkakörökben több a pszichikai kockázat is (nagy felelősség, stressz).

Végezetül, a leggazdagabb az eltérő egészségmagatartás alapján történő magyarázat, amely a következőket állapítja meg:

1. A nők gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.
2. A női nemi szerepek egészségesebb életvitelt írnak elő a nők számára, kevesebb kockázati magatartással. Noha a legfiatalabb korosztályokban már ugyanannyi lány dohányzik, mint ahány fiú, az alkohol- és drogfogyasztás arányai alacsonyabbak. A férfiak esetében tehát hangsúlyosabb a rizikómagatartás.
3. A nők és férfiak betegszerep-viselkedése eltérő: ez a szerep kevésbé egyeztethető össze a férfiasság hagyományos képzetével. Ugyanazok a nemi szerepelvárások, amelyek a nőket akadályozzák bizonyos kockázati magatartásformákban, a férfiakat a betegszerep elutasítására vagy bagatellizálására sarkallják.

Ezeket a különbségeket a nemek eltérő szocializációja hozza létre. A nemi szerepek és szerepelvárások elméletét a szociológia elsősorban Talcott Parsons funkcionalista szociológustól eredezteti, aki az elszigetelt nukleáris családot mint funkcionális egységet, ebben a férfit és a nőt mint egymást kiegészítő szerepeket írta le. A lányok és a fiúk szocializációja a nukleáris kiscsaládban tehát eltérő: a lányokat az expresszív, a fiúkat az instrumentális szerep betöltésére szocializálják, ahogyan a családokban is ezeket a szerepeket töltik be az anyák és az apák.

A világ minden országában magasabb a nők várható élettartama, mint a férfiaké. Néhány országban közel áll egymáshoz a két érték, a posztszocialista országokban azonban az átlagosnál is nagyobb ez a különbség. Ennek okai a magas társas stressz és a rossz lelkiállapot (Ambrus 2012).

A fiúk és férfiak egészséghátránya tehát kettős eredetű: egyrészt biológiai, másrészt társadalmi eredetű. Az anatómiai és fiziológiai különbségek miatt az újszülött kisfiúk kb. 4-6 héttel lemaradnak a fejlődésben a lányok mögött. A fiúk és férfiak a születési rendellenességek nagyobb kockázatát viselik, illetőleg az ösztrogénhiány miatt fokozott a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázata. Társadalmi tekintetben a férfiak számára mindenekelőtt ott vannak az ún. domináns maszkulinitás által megkövetelt normák, melyek a vagányság különböző viselkedési formáig várják el tőlük: a veszélyes gépkocsivezetést, a rossz táplálkozási szokásokat, a betegségtünetekkel szembeni közömbösséget. Továbbá, a férfiak saját elfojtott dühükkel és megküzdési nehézségeikkel is szemben találják magukat, és ez olyan egészségkockázatokban csúcsosodik ki, mint az erőszak és a túlzott alkoholfogyasztás. A frusztrációjuk oka az, az életük az elmúlt rövid időszak alatt jelentősen megváltozott, a nőkhöz viszonyított helyzetük gyakran már nem egy kényelmes uralmi helyzet, és versenytársakra leltek a nők között az oktatásban, a munkában, a hivatásban, a közéletben, tehát azokon a területeken, ahol korábban csak a férfiak voltak jelen. A férfiak tehát már nem a társadalom győztesei, életformájuk egyre inkább konvergál a nőkével, és ezt inkább veszteségként élik meg, a nőket pedig győzteseknek, mert ők azok, akik a férfiak hagyományos életterébe egyre inkább előrenyomulnak. Elmondhatjuk tehát, hogy a modern társadalmakban a nemi szerepek megváltozása, mely a múlt század utolsó évtizedeiben kezdődött, a férfiakat új élethelyzetek elé állította, és ez egészségi állapotukra is kihat.

Bár sokkal több idős nő él, mint férfi, időskorra a halandósági különbségek részben kiegyenlítődnek, és a nők és a férfiak halandósági mutatói közelednek egymáshoz. Romániában a születéskor várható időtartamban még tetemes – több mint hétévnyi – a különbség a nemek

között (69,4 év a férfiak, 76,7 év a nők számára),[20] de a 65 éves életkorban várható további élettartamban már kisebb – alig négyévnyire csökken – az eltérés: a férfiak további 12,7 évre, a nők 16,5 évre számíthatnak.[21]

A betegségekből adódó elhalálozások nemek szerint

Az alábbi táblázat két időpontban és nemek szerinti bontásban mutatja a fő halálokok részarányát az összes halálozásban.

Az általános elöregedés következtében emelkedett a teljes halálozási arány, ugyanakkor a nemek közötti különbségek fennmaradtak, sőt, inkább megnőttek a férfiak kárára.

Fő halálokok Romániában nemek szerint (100.000 főre)

	1965		**2020**	
	férfiak	**nők**	**férfiak**	**nők**
ÖSSZESEN	881,4	836,9	1470	1230
Keringési rendszer betegsége	244,3	299,0	717,1	752,4
Daganatos betegség	133,4	113,1	269,9	181,7
Légzőszervi megbetegedés	141,8	130,3	215,7	134,6
Emésztőszervi betegség	48,4	31,9	91,8	47,6
Külső okok: baleset, mérgezés, sérülés	77,1	28,0	64,1	17,3

Forrás: INS 2013: 19, CNSISP-INSP/INS 2020

20 https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart
21 https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm

A felsorolt halálokokat tekintve a nők halálozási aránya magasabb a keringési betegségekben, az összes többiben a férfiak halálozása nagyobb mértékű. A legnagyobb nemi különbség a külső halálokokban mutatkozik, amelyek mintegy háromszor annyi férfi halálát okozzák, mint ahány nőét.

Fontos látni, hogy az utóbbi ötven évben abszolút értékben csak a külső okokból származó halálozás mértéke csökkent, minden fő halálokból származó elhalálozás növekedett, hiszen összességében is másfélszeresre nőtt a standardizált halálozási arányszám. Ez azonban nem jelenti azt, hogy rosszabbak lennének az életesélyeink, hiszen ezzel egyidőben a születéskor várható élettartamunk is növekedett, a csecsemőhalálozás csökkent, és az egészségügyi ellátórendszer működésében is sok tekintetben jelentős javulás érhető tetten.

Ha a fenti táblázat alapján az összes halálozásból az egyes halálokok részesedését tekintjük, az alábbi képet kapjuk.

Az egyes halálokok részesedése a teljes halálozásból Romániában, nemek szerint (%)

	1965		**2020**	
	férfiak	**nők**	**férfiak**	**nők**
ÖSSZESEN	100	100	100	100
Keringési rendszer betegsége	27,7	35,7	48,8	61,2
Daganatos betegség	15,1	13,5	18,4	14,8
Légzőszervi megbetegedés	16,1	15,6	14,7	10,9
Emésztőszervi betegség	5,5	3,8	6,2	3,9
Külső okok: baleset, mérgezés, sérülés	8,7	3,3	4,4	1,4
Egyéb okok összesen	*26,9*	*28,1*	*7,5*	*7,8*

Forrás: INS 2013: 19, CNSISP-INSP/INS 2020, saját számítás

Abszolút értékben az összes halálokból származó elhalálozás mértéke nőtt, csak a külső halálokoké csökkent. Az összes halálozásban való részesedést tekintve a légzőszervi betegségeknél is azt látjuk, hogy arányuk enyhén csökkent, elsősorban a múlt század közepén még jelentős mértékű tuberkulózis (TBC) szinte teljes eltűnésének köszönhetően.

A legdrámaibb változást a keringési rendszer betegségeiből származó női halálozásban látjuk. Összességében a vezető halálok a keringési megbetegedések, és ez nincs másképp a legfejlettebb országokban sem. Elsősorban az idősebb nők halálozási aránya magas. Fiatalabb életkori csoportokban vizsgálva a keringési megbetegedések több férfi halálát okozzák – ebben az életkorban a nők biológiai okból (az ösztrogén hormonnak köszönhetően) védettebbek a betegséggel szemben. Időskorban azonban a keringési rendszer betegségei elsődleges és jellemzően női halálokká lépnek elő.

Az egészségkülönbségek nemek szerinti magyarázatának korlátai

A fejezet végén egy fontos szempontot szükséges megemlítenünk. A nemek közötti összehasonlítás és az azok szerinti különbségtétel nem minden esetben általánosítható (Richardson 2021).

Példaként álljon itt egy amerikai kutatás, amelyben az altatóként használt zolpidem nevű altató alkalmazását különböző dózisokban ajánlotta a nők és a férfiak számára az AEÁ Food and Drug Administration hivatala annak alapján, hogy a gyógyszerhasználat másnapján több nő jelentett kábultságot. A különbség oka nem a nemek közötti testsúlybeli eltérés volt, tehát a jelentett hatások nem a nőknek az átlagosan kisebb

testsúlya miatt alakultak ki. A hatóság abból indult ki, hogy a hatóanyag hosszabb idő alatt ürül ki a szervezetből, a nők anyagcseréje másképp működik, ezért csökkentette a nők számára javasolt adagot. Ugyanakkor a nők és a férfiak szervezetében a szer hasonló koncentrációban volt jelen, és az altatóhasználat másnapján a gépkocsivezetés hatékonysága sem mutatott rosszabb eredményeket a nőknél, mint a férfiaknál. Tehát sem a klinikai hatékonyság, sem a mellékhatások tekintetében nem mutatkozott különbség a nemek között. Ezért indokolatlan volt a hatóság intézkedése, a javasolt adag csökkentése a nők számára, mert az ténylegesen aluladagoláshoz vezet, és az inszomnia nem megfelelő kezelését okozza.

Egy másik kutatásban azt írják le, hogy a rendszeres véradás utáni vashiány (vérszegénység) a nőknél gyakrabban fordult elő, mint a férfiaknál (Goldman et al. 2017). E különbség alapján a kanadai vérközpont (Canadian Blood Services) megváltoztatta a rendszeres véradással kapcsolatos politikáját, évi négy alkalomra korlátozva a lehetőségek számát a nőknél, míg a férfiak esetében megmaradt az évi hat javasolt alkalom (Goldman et al. 2017). Ez a jószándékú változtatás azonban nem vette figyelembe azokat az egyéb tényezőket, amelyek a vashiányt okozhatták: a testsúlyt, a menstruációs ciklust, a vasban gazdag táplálékok fogyasztását. Így egy nagyobb testsúlyú nő, aki rendszeresen fogyaszt húst, aligha válik vérszegénnyé a rendszeres véradástól, szemben a vékony testalkatú vegán nővel, és akár egy vékony vegán férfival szemben is előnyt élvez a véradás gyakorisága terén. Láthatjuk a példában, hogy a nem önmagában nem magyarázhatja a gyakori vashiányt, az sokkal inkább egyéb tényezőkben keresendő, amelyek gyakran valóban eltérően alakulnak a nemeknél (pl. a nők között több a vegán).

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. A hagyományos társadalmakban magasabb várható élettartamuk volt
    a. a férfiaknak
    b. a nőknek
    c. nem volt különbség

2. Az 50 évvel ezelőtti helyzethez viszonyítva a mai fejlett társadalmakban a standardizált halálozási arány
    a. alacsonyabb
    b. magasabb
    c. nem változott

3. Az a halálok átlagosan gyakoribb a nők, mint a férfiak körében.
    a. keringési betegség
    b. daganatos betegség
    c. emésztőszervi betegség

4. Az egészségszociológia látásmódja szerint az egészségmagatartás nemek közötti különbségeinek oka
    a. a biológiai különbségek
    b. a szocializáció
    c. az egészségügyi diszkrimináció

5. A modern társadalmakban a népesség kétharmada
    a. jó életszínvonalon él
    b. szegény
    c. munkanélküli

12. VALLÁSOSSÁG ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A vallásosságot háromféle módon méri a szociológia. Elsősorban a népszámlálások tudakolják meg a népesség felekezeti hovatartozását. Továbbá, a vallásosság részletesebb vizsgálatát a kérdőíves kutatások teszik lehetővé, pl. ilyen kérdéssel: *„Mennyire tartja vallásosnak magát?"* Válaszlehetőségként a következőket szokták megadni:

- Vallásos vagyok, az egyház tanítását követem
- Vallásos vagyok a magam módján
- Nem tudom megmondani
- Nem vagyok vallásos
- Meggyőződésem szerint a vallásnak nincs igaza

Egy másik módszer a kérdőíves kutatásokban, hogy a kutatók megfogalmaznak bizonyos hittételeket, kijelentő módban: pl. „Isten létezik", „van élet a halál után", stb. A válaszadónak meg kell mondania, mennyire ért egyet vagy utasítja el az illető kijelentést.

A harmadik és egyben legalaposabb vizsgálódási mód a megfigyelés, melyet elsősorban kisebb vallási közösségek, pl. szekták tanulmányozásához alkalmaznak.

Max Weber nagy vallásszociológus szerint a kutató eljárása minden esetben a metodológiai ateizmus: függetlenül saját meggyőződésétől vagy hitétől, a kutatót csak az érdekli és érdekelheti, a vallás hogyan gyakorol hatást az emberek cselekvésére. Tehát oksági összefüggéseket vizsgál, nem pedig erkölcsi ítéleteket hoz vagy állást foglal (Weber 1922/1992).

A vallás társadalmi funkciói a következők: elősegíti a társadalmi integrációt és együttműködést, tehát közösségeket teremt; segít eligazodni a világban azáltal, hogy válaszokat kínál az egzisztenciális kérdésekre, a társadalom tagjai számára értelmezési keretet nyújtanak az élet

érteéméről, az értékekről és a normákról; legitimálja a fennálló társadalmi intézményeket, ugyanakkor a fennálló társadalmi-politikai rendszer megváltoztatását célozva sok esetben újító, forradalmi szerepet is betölthet (Andorka 2003).

A vallásosság térvesztése, a szekularizáció folyamata a technikai-tudományos fejlődéssel egyidőben elkezdődött, és a legtöbb fejlett társadalomban előrehaladt. A modern társadalmakban egyre kevesebben tartoznak hagyományos egyházakhoz vagy tartják magukat vallásgyakorlónak a szó szigorú értelmében, és inkább a maguk módján vallásosként sorolják be magukat.

Kelet-Európában nagy mértékű szekularizáció zajlott a 20. század második felében, a kommunista hatalomátvétel után. A kommunisták az egyházat mint reakciós, a haladást gátló intézményt próbálták beállítani, a hitet üldözni. Ennek formái a következők voltak: az állam elkobozta az egyházak vagyonát, ingatlanait, koncepciós pereket indított az egyházi elöljárók ellen, és sok papot, püspököt – pl. Márton Áront – bebörtönözték, hogy megfélemlítsék a híveket és vallási vezetők nélkül maradjanak. Betiltották és megszüntették a szerzetesrendeket, korlátozták a felvételi vizsgát a teológiai szakokon (a létszámkorlátozás neve: numerus clausus), bezáratták az egyházi iskolákat, korlátozták és akadályozták a vallásoktatást. A vallás térvesztéséhez hozzájárult az óriási mértékű társadalmi mobilitás is, hiszen az emberek jobb módba jutva vagy faluról városra költözve igyekeztek elfelejteni, honnan származnak, tévesen így próbálva beilleszkedni az új környezetbe.

Ennek az előre haladó szekularizációnak viszont nagy ára van a lelki egészségre nézve: ez az ember elgyökértelenedése, elmagányosodása, hiszen a hagyományos – többek között vallási –közösségek megszűnésével

identitást is veszít, és éppen ezért különböző valláspótlékok után hajlamos nyúlni. A szekularizáció másik következménye a vallási fundamentalizmus megerősödése.

Miért jár együtt a vallásosság jobb testi és lelki egészséggel és hosszabb élettel?

A kérdés annál érdekesebb, hiszen tudjuk, hogy a társadalom alsó rétegeiben nagyobb mértékű a vallásosság, és az iskolázottsági szint növekedésével csökken a vallásgyakorlók aránya.

Társas erőforrások

A vallásgyakorlás, különösen a közösségi alkalmakon (szentmisén, istentiszteleten) való részvétel együtt jár a társas kapcsolatrendszer kibővülésével, nagyobb és sokszínűbb társas kapcsolatrendszerrel, a személyes kapcsolatháló tagjaival való intenzívebb kapcsolattartással, stabilabb házasságokkal és erős családi kötelékekkel, illetve a kapott és észlelt támogatás nagyobb mértékével, legyen az instrumentális vagy érzelmi támogatás. A vallásgyakorlók civil részvétele is fokozottabb, és ez így van nemcsak a vallásos, hanem a szekuláris szervezetekben és csoportosulásokban is.

A vallásos emberek azért is elégedettebbek az életükkel, mert a vallásgyakorlási alkalmakon elsősorban vallási közösségükön belül társas kapcsolatrendszert építenek fel. Az ilyen típusú vallásos társas támogatás pufferhatásként kivédheti a hátrányos megkülönböztetés (diszkrimináció) okozta káros hatást, mely gyakran depressziót is előidézne.

A vallási-felekezeti hovatartozás és közösségi vallásgyakorlás alkalmával kialakított társas kapcsolatok jutalmazóak, mert nemcsak hasonló vallási meggyőződésű, hanem általában is hasonló értékrendű és státusú embereket kötnek össze. Ezek a társas kötelékek azért járnak nagyobb elégedettséggel, mint az egyéb személyekhez fűződő kapcsolatok, mert megerősítést adnak az alapvető szerepek és szerepelvárások tekintetében (pl. jó szülő, jó szomszéd, jó állampolgár).

Ezek a kapcsolatok kölcsönös bizalmat és szolidaritást, társas részvételi lehetőséget nyújtanak. Különösen így van ez az elszigetelődéstől fenyegetett idős népesség esetében. Sok esetben az egyetlen társas tevékenységgé lépnek elő, és a legalább havi rendszerességű templomlátogatás kevesebb mint felére csökkenti az elszigetelődés veszélyét, függetlenül az egészségi állapottól (Herzer 2022).

Lelki erőforrások

A társas erőforrások mellett a vallásosság és vallásgyakorlás pszichés erőforrások biztosítása által is kedvez az egészségnek és a hosszú életnek. A vallásosság olyan kulcsfontosságú pszichés erőforrásokkal áll összefüggésben, mint az önbecsülés, az önkontroll, az énhatékonyság, a derűlátás, az értelem- és céltulajdonítás.

A vallásgyakorlás a társas kapcsolatok, tevékenységek és a hitrendszer bizonyos tételei által javítja a lelki erőforrásokat és a megküzdési képességet. A hasonló értékrendű személyekkel való társas interakciók fontosak az önbecsülés szempontjából, mert a pozitív önazonosságot és szerepeket erősítik meg. Az önbecsüléshez az is hozzájárul, hogy az aktív vallásgyakorlókat nagyrabecsülik olyan készségeik és képességeik miatt,

amelyek éppen a vallásgyakorláshoz kapcsolódnak (pl. kórusban való éneklés, másokért való imádkozás), a közösségben másokért végzett tevékenységeik miatt (pl. önkénteskedés, csoportvezetés) illetve személyes lelki adottságaikért (bölcsesség, erkölcsösség).

Továbbá, a vallásossággal társas normák és önkorlátozás jár együtt, és társas és transzcendens büntetések járnak a vallási standardoktól való eltérésért. A vallásosság általánosságban is az önkorlátozást, az önuralmat erősíti az életút egész során. „Sem tisztátalan, sem bálványimádó, sem házasságtörő, sem kéjenc, sem kicsapongó, sem tolvaj, sem kapzsi, sem részeges, sem átkozódó, sem rabló nem örökli Isten országát.” (Biblia, Korintusiakhoz írt 1. levél, 6:10-11)

Az istenhit, az Isten általi kontroll érzése azzal is jár, hogy a vallásos egyén úgy érzi, Isten segítségével úrrá lehet élete nehézségein, fokozza a reményt és bizakodást. Ez a bizalom, amely az önbecsülésből és a kontrollérzésből fakad, segítségként szolgál a problémamegoldásban nehézségek idején.

Az isteni tervbe vetett hit értelmet és célt tulajdonít az emberi életnek, ami pufferhatást fejt ki a nehéz élethelyzetek értékelésében, azaz a nehézségek értékelését kedvező irányba változtatja (Herzer 2022).

Egészségmagatartás

Az egészséges életforma ösztönzésével a vallásosság hozzájárul a jó egészséghez és hosszabb élethez is. A vallásosság az egészséges életmód több indikátorával függ össze, mint a fizikai aktivitás, alacsonyabb dohányzási, alkohol- és drogfogyasztási értékekhez, a szexuális kockázatok

alacsonyabb szintjéhez, a megelőző egészségügyi szolgálatások intenzívebb használatával és a következetesebb, fegyelmezettebb gyógyszerhasználattal. A várandós nők vonatkozásában is kimutatták ezeket a pozitív hatásokat, melyekhez a gyakoribb szoptatás is társul.

Mindössze a testtömeg-index és a szexuális egészség az a két terület, ahol kivételesen rosszabb a vallásos személyek helyzete.

Az általában egészségesebb vallásgyakorló személyek testsúlya és testtömeg-indexe nagyobb, bár a legutóbbi kutatások már csak a fekete női népesség vonatkozásában mutatták ki a templombajárás gyakorisága és a megnövekedett testtömeg-index összefüggését.

Noha a vallásgyakorlók általában egészségesebbek, a megelőző szexuális és reproduktív egészségszolgáltatásokhoz rosszabbul viszonyulnak. Főként a nőkre vonatkozóan mutatták ki, hogy ritkábban vesznek igénybe nőgyógyászati rutinvizsgálatokra, szexuális úton terjedő betegségekkel kapcsolatos tesztelésekre, fogamzásgátló szolgáltatásokat.

A HPV-vel kapcsolatos adatok is érdekesek. A gyakori templombajáró nők között kevesebben ismerik a betegséget és annak terjedését, továbbá a vírus elleni védőoltást, illetve ritkábban igénylik az oltást (Herzer 2022). Való igaz, a vallásosság nagyobb mértékű szexuális hűséggel jár együtt, ami a nemi úton terjedő betegségek, köztük a HPV ellen is védő tényezőnek bizonyul.

Miért kedvezőbb a vallásos személyek egészségmagatartása?

Íme néhány kézenfekvő magyarázat a vallásosság jótékony hatására az egészségre:

1. A vallásosság előírásoknak, irányelveknek való megfelelést is tartalmazza. Ezek erkölcsi elvek, amelyek a vallási hagyományban és a szent szövegekben gyökereznek, mely üzeneteket a hitben élő személyek internalizálják, azonosulnak velük. A Bibliában szerepel például a részegség tiltása, így a mélyen vallásos személyek kerülik a súlyos alkoholfogyasztást, az alkalmi nagyivást. A szent szövegek nem tartalmaznak konkrét előírást egyéb káros magatartásformákra, mint a dohányzás vagy a megelőző orvosi szolgálatások igénybevétele, mégis, a vallásos személyek viszonyulása ezekhez is hasonló.

A testet több vallás, így a kereszténység is szentnek tekinti. A korintusiakhoz írt levélben is ez szerepel: „Nem tudjátok, hogy testetek a bennetek lakó Szentlélek temploma, akit Istentől kaptatok?" (Biblia, Korintusiakhoz írt 1. levél, 6:19), ezáltal a szent szövegek a fizikai egészségre való odafigyelést szorgalmazzák. Ebből a megfontolásból ellenjavallt a kockázatos egészségmagatartás, akár a piercing és tetoválás is.

2. A vallás által szorgalmazott lelki erőforrásoknak köszönhetően, amelyekről az imént beszéltünk (önbecsülés, önkontroll, énhatékonyság), a vallásos személyek bizalma van abban, hogy általában egészséges életvitelt képes megvalósítani. Friss kutatások is azt mutatják, hogy a vallásosság és az egészséges életmód között az önbecsülés és az énhatékonyság mediator szerepet tölt be, elősegítve a nagyobb mértékű zöldség- és gyümölcsfogyasztást, valamint a mérsékeltebb alkoholfogyasztást.

3. Az élet céljába és értelmébe vetett hit, ami a vallásos személyekre jellemző, azáltal járul hozzá az egészséges életmódhoz, hogy megnöveli a lelki jóllétet és csökkenti a motivációt a negatív megküzdési módok (dohányzás, nagyivás) választására.

Mikroszinten, az egyének és csoportok szintjén a vallásosság pozitívan hat az egészségre. Makroszinten ugyanakkor, egy társadalom mint egész vallásosságának a mértéke negatívan függ össze a népesség egészségi állapotával. Ennek jelentős része magyarázható az egészségügyi közkiadásokon keresztül működő indirekt hatással. A társadalmak hanyatló vallásossága olyan orvostudományi fejlődéssel jár együtt, amelyből a társadalom mint egész hasznot húz.

Az egyének szintjén azonban a vallásosság negatívabb viszonyulást jelent a tudományhoz, különösen a biomedikális kutatáshoz, továbbá a vallásos személyek kisebb eséllyel választanak tudományos pályát.

Vallásosság és halálfélelem

Antropológusok vizsgálták a két tényező kapcsolatát, törzsi közösségekben különböző eredményekre jutottak. Malinowski (1931) szerint a vallásosság védő tényező a halálfélelemmel szemben, Radcliffe-Brown (1922) szerint éppenhogy növeli a halálfélelmet.

A modern társadalmakban végzett empirikus kutatások szerint az összefüggés fordított görbe alakú: a nagyon alacsony és a nagyon magas vallásosság enyhe halálfélelemmel jár együtt, míg a közepes mértékű bevonódás nagy halálszorongással jár. A jelenség magyarázata a következő: a vallás az elkötelezett ember számára túlvilági jutalmat ígér és a földi élettől való elszakadás félelmét csökkenti, ezért kevésbé szorong. A nem vallásos személy a túlvilági ítélettől nem fél (nem hisz benne), csak a világgal való kapcsolatának elpusztulásától tart. A mérsékelten vallásos személy valamennyire fél a túlvilági ítélettől is, mert hiszi is kicsit, és a világi javak elvesztése miatt is szorong (Leming 1980).

Ezt az összefüggést igazolja Hinton (1967) kórházban végzett vizsgálata is. Azok a személyek, akik hívőnek vallják magukat, ám nemigen gyakorolják vallásukat, betegségük alatt szignifikánsan erősebben szorongtak nemcsak a rendszeresen templomba járó, szilárdan hívő személyeknél, hanem az egyáltalán nem vallásosoknál is!

Egy másik magyarázat szerint a vallásosság tulajdonképpen a halálfélelemből születik. 30 éves kor után az idő múlásával nő a vallásos aktivitás (Argyle, 1958). Ahogy közeledik a halál, úgy erősödik a halálfélelem és ezzel együtt - mintegy ennek gyógyszereként – a valláshoz fordulás.

Kopp Mária és szerzőtársai empirikus vizsgálat alapján a következőket találták a magyar felnőtt népességben:

1. Egyik kérdéssel a vallásgyakorlás mértékét mérték. A vallásgyakorló személyek egészségmagatartása jobb: akik inkább gyakorolják vallásukat, az országos átlaghoz kevesebb cigarettát szívnak, kevesebb napig voltak betegek, munkaképességük jobb. Mentális egészségük is jobb: magasabb a jóllétük, alacsonyabb a depressziószintjük. A vallásgyakorló felnőttek több társas támogatásról számolnak be szüleik és munkatársaik részéről, és erős körükben a közösséghez tartozás érzése.

2. A másik kérdéssel a vallás fontosságát mérték. Aki számára fontos a vallás, kevesebbet dohányzik, kevesebb tömény alkoholt fogyaszt, továbbá toleranciaszintje és megbirkózási képessége jobb. De: akinek nagyon fontos a vallás, ott gyakoribb a depresszió és magasabb a munkaképesség csökkenése. Ez azt mutatja, hogy a krónikus betegek számára a vallás fontosabbá válik! (Kopp et al. 2006)

Egy másik magyarországi vizsgálat szegedi serdülők körében tanulmányozta a vallásosság és az egészségi állapot összefüggését (Pikó, Kovács, 2009). Akik vallásosként határozták meg magukat és eljárnak vallási közösségekbe, azok egészségüket jobbnak ítélték, és életükkel is elégedettebbek.

A lányok nagyobb mértékben tartoznak felekezethez, és vallásosságuk az élettel való elégedettségükre és az egészségük önértékelésére is jelentősebben kihat. Nem találtak ellenben összefüggést a vallásosság mértéke és a depressziós tünetek gyakorisága között. A vallásosság a serdülők körében is meghatározó a fiatalok pszichikai egészségére nézve, a depresszió kivételével (Pikó, Kovács, 2009).

Összességében elmondhatjuk, hogy a nagyobb fokú vallásosság jobb egészséggel és alacsonyabb halandósággal jár együtt. Az összefüggés magyarázatai a következők:

1. a vallás szabályozza a viselkedést, ezáltal sok kockázati magatartásforma ellen védő tényezőként működik (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás),

2. a vallásgyakorlás érzelmi, társas és anyagi támogatást nyújtó formális és/vagy informális kapcsolatrendszereket biztosít, alkalmasint egészségügyi szolgáltatásokat is,

3. a vallásosság értelmet ad az életnek, és így fontos erőforrás a stresszel és depresszióval való megküzdésben (Herzer 2022).

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. A vallásos személyek egészségmutatói a nem vallásos személyekhez képest általában jobbak. Ez alól kivétel a
   - a. szív- és érrendszeri megbetegedések
   - b. tüdőrák
   - c. testtömeg-index

2. A keresztény hittételek alapjául szolgáló Biblia konkrétan ezt az egészségkárosító magatartást tiltja:
   - a. nagyivás
   - b. dohányzás
   - c. ülő életmód

3. A szekularizáció egyik következménye az egyénre nézve
   - a. az iskolai végzettség növekedése
   - b. az elmagányosodás
   - c. a betegségek megjelenése

4. A vallásgyakorló fiatalok egészségmutatói általában jobbak, mint a nem vallásosaké. Kivételt képez a
   - a. dohányzás
   - b. depresszió
   - c. alkoholfogyasztás

5. A halálfélelem akkor a legerősebb, ha az ember
   - a. valamennyire vallásos
   - b. erősen vallásos
   - c. istentagadó

13. AZ EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG

A téma viszonylag újkeletű a társdalom- és egészségtudományokban. Vizsgálata kezdetben az egészségügyi **információk** birtoklására összpontosított, tehát egy objektíven mérhető fogalmat takart, és fokozatosan kapott helyet az egészségtudományokban. Ebben a folyamatban a kulcsmomentum az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Globális Egészségfejlesztési Konferenciája volt 2008-ban Nairobiban, ahol a fogalom következő meghatározását irányozták elő:

> „Az egészségműveltség olyan kognitív és szociális készségek halmaza, amelyek meghatározzák az egyes emberek motivációját és képességét, hogy hozzáférjenek, megértsék és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik a jó egészség fenntartását és fejlesztését. (…) Az egészségműveltségnek az egészséggel kapcsolatos információ hozzáférésének és felhasználási képességének javítása révén döntő szerepe van az egyén egészség feletti kontrolljában." (WHO Globális Egészségfejlesztési Konferencia 2008, Teller Ágnes fordítása)

Az első megközelítésektől, amelyek az információbirtoklást mérték, a hangsúly egyre inkább áttevődik a **kompetencia fogalmára**. Alapvetően a kompetenciáknak egy sajátos vetületéről, az egészségkompetenciákról van szó. A kompetencia az egyénnek a problémamegoldásra való készségeinek és képességeinek együttesét jelenti, illetve az arra való hajlandóságát, hogy ezt a képességét adott helyzetben alkalmazza.

Legegyszerűbb megfogalmazásban az egészségműveltség az egészséggel kapcsolatos megalapozott döntéshozatal képessége. Az egészségműveltséget az utóbbi néhány évben az egészség kritikus meghatározó tényezőjeként és az egészségfejlesztés egyik fő pilléreként azonosították.

A health literacy fogalmának magyar megfelelői közül egyik sem tökéletes, talán a leginkább az egészségműveltség és az egészségkompetencia elfogadható. Az egészségértés a műveltségnek egy szeletére fókuszál, és nem hangsúlyozza a folyamat jelleget, az interaktivitást. Az egészségjártasság a megszerzett szaktudás, gyakorlottság jelentését hordozza, és a befejezettséget hangsúlyozása (tehát azt sugallja, hogy ez a jártasság nem fejleszthető későbbi életkorban). Az egészségkompetencia fogalma viszont már magában foglalja a problémamegoldás képességét és erre való hajlandóságot.

Az egészségműveltség orvosi megközelítése

Az orvosi megközelítés azt hangsúlyozza, hogy a gyógyítási folyamatban jelentős „klinikai kockázatot" képviselhetnek a páciensek egészségműveltségének korlátai, azaz ha megfelelő kommunikációs, írási és számolási készségek híján nem tudják követni az orvos utasításait, és nem megfelelően használják az egészségügyi rendszert.

A kutatások felhívják a figyelmet a jelenség komplexitására: a páciensek egyéni készségein túl az egészségügyi rendszer sajátosságai (például a betegtájékoztatás minősége), illetve az egészség-betegséggel kapcsolatos gazdasági-társadalmi és kulturális kommunikációs körülmények is meghatározók.

Ezekben a kutatásokban az egészségműveltséget úgy operacionalizálták, mint ami a funkcionális egészségműveltséggel egyenlő, azaz írás-olvasási és megértési alapkészségeket takar, ezért viszonylag objektív módon lehet mérni. Az egyik leggyakoribb ilyen mérőeszköz, az NVS (Newest Vital Sign, magyarul Mátyás et al. 2021) **az egészség tárgyú**

szöveg megértését méri. Egy jégkrémcímkén, amelyen megadják a termék egységre jutó tápértékét és összetevőit, három műveletet kell elvégezni, és ezek sikerességét mérik: meg kell érteni a szöveget (prose literacy), ki kell számolni a termék tápértékét (numeracy), végül a szövegből konkrét információt kell kikeresni (document literacy).

A **szövegértésre és számolásra** épít a másik közismert mérőeszköz, az S-TOFHLA is (Short Test of Functional Health Literacy, magyarul: Papp-Zipernovszki et al. 2016). Ebben a vizsgálatban arra kérik fel a személyeket, hogy mondatokat egészítsenek ki, egy egészségbiztosítási szerződés szövegéhez válasszák ki a hiányzó szavakat, illetőleg kiszámolják egy gyógyszer megfelelő adagolását.

Az egészségműveltség populációs megközelítése

Az orvosi megközelítéssel szemben a populációs megközelítésben az egészségműveltség hangsúlyos vonása a képességek, készségek aktív alkalmazása a válaszadó szubjektív megítélése szerint. E tágabb értelmezésben az egészségnevelés nem csak az egyéni életmóddal kapcsolatos döntéseket célozza, hanem tudatosítja az egészség meghatározóinak szerepét, és bátorítja ezeknek a kedvező irányba va változtatását.

Az alábbiakban a legismertebb populációs megközelítéseket mutatjuk be:

Nutbeam modellje (Nutbeam 1998) az egészségértést három dimenzióban vizsgálja:

A funkcionális egészségműveltség az **írás-olvasási alapkészségeket** jelenti, amelyek a mindennapi helyzetekben való hatékonysághoz szükségesek.

Az interaktív egészségműveltségről fejlettebb kognitív és műveltségi készségek esetén beszélhetünk, amit a szociális készségekkel együtt, aktívan lehet használni változó körülmények között, **a társas helyzetekben**, információszerezésnél, vagy éppen a különböző kommunikációs formák megértésénél.

A kritikai egészségműveltségnél az egyén olyan kognitív készségeket alkalmaz a társas készségekkel együtt, amelyek révén az információk kritikus elemzésére kerül sor, és azokat a saját élete, élethelyzete feletti **kontroll** megszerzésére használja.

Kickbusch (2006) négy kompetenciacsoportba sorolja az egészségértésre vonatkozó készségeket és jártasságokat:

1. Alapvető egészségkompetenciák: az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességei, az **öngyógyítás képessége** (helyes gyógyszeradagolás, az egészség orvosi segítség nélküli visszanyerése).
2. Páciens kompetenciák: az **egészségügyi rendszerben az eligazodás** képessége, aktív tárgyalópartnerként való fellépés az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatban.
3. Fogyasztói kompetenciák: az egészséget támogató **döntések** képessége a javak és szolgáltatások megvásárlása során, és ha szükséges, a fogyasztói jogok érvényesítése
4. Állampolgári kompetenciák: tudatos szavazói magatartás, az egészséggel kapcsolatos **jogok** ismerete és azok érdekében történő fellépés, részvétel az egészséget támogató- vagy betegszervezetekben.

Sørensen (2012) és munkacsoportja szerint a létező modellek nagy része statikus és nem veszi figyelembe az egészségértés/ egészségműveltség folyamat jellegét.

> „Az egészségműveltség (…) hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásához a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során."

A meghatározás az egészségműveltség **folyamat jellegét** hangsúlyozza.

Négy kompetenciát igényel:

1. A hozzáférés azt jelenti, hogy az egyén kér, keres, és hozzájut a megfelelő egészséginformációhoz.

2. A megértés során kognitív módon képest megérteni, feldolgozni a kapott egészséginformációt.

3. Az értékelés során az egyén értelmezi, szűri, megítéli és értékeli a kapott egészséginformációt.

4. Az alkalmazás az információról való kommunikációt, annak felhasználását jelenti: az egyén döntést hoz annak érdekében, hogy fenntartsa vagy javítsa az egészségét.

Ez a folyamat ismeretet és jártasságot eredményez, amely **képessé teszi** a személyt, hogy eligazodjon az egészségfolyamat három fő területén: az egészségügyi ellátásban, a prevencióban és az egészségfejlesztés rendszerében.

Az egészség folyamat területei	**Az egészségre vonatkozó információk hoz való hozzáférés**	**Az egészségre vonatkozó információk megértése**	**Az egészségre vonatkozó információk értelmezése és értékelése**	**Az egészségre vonatkozó információk alkalmazása**
Egészség-ügyi ellátás	Az orvosi információk hoz való hozzáférés képessége	Az orvosi információk megértésére való képesség	Az orvosi információk értelmezésére és értékelésére való képesség	Tájékozott döntések meghozatalár a való képesség
Betegség-megelőzés	A kockázati tényezőkkel kapcsolatos információk hoz való hozzáférés képessége	A kockázati tényezőkkel kapcsolatos információk megértésére való képesség	A kockázati tényezőkre vonatkozó információk értelmezésére és értékelésére való képesség	Tájékozott döntések meghozatalár a való képesség a kockázati tényezőkre vonatkozóan
Egészség-fejlesztés	Az egészség-determináns okkal kapcsolatos információk aktualizálás ának képessége	Egészségdete rminánsok-kal kapcsolatos információk megértésére való képesség	Egészségdeterm inánsok-kal kapcsolatos információk értelmezésére és értékelésére való képesség	Az egészséggel kapcsolatos témákról reflektált vélemény kialakításának képessége

Forrás: Sørensen et. al. (2012), saját fordítás

A modell figyelembe veszi, hogy az egyén a hétköznapi élet több területén él: egyidejűleg a munkahely, az oktatási rendszer, a politika és a gazdaság szereplője.

Ugyanakkor több tényező is hat az egészségműveltségre. Ezek a társadalmi és környezeti meghatározók a demográfiai helyzet, a kultúra, a nyelv, a politikai helyzetet.

Az alábbiakban a legszélesebb körben alkalmazott egészségértési teszt, a HLS-EU teszt kérdéssorának egy részével ismerkedünk meg. Ez a szubjektív mérőeszköz Sørensen és munkatársai (2012) elméleti megalapozására épül. Léteznek gyermekek számára kifejlesztett tesztváltozatok is.

A válaszadónak egy Likert-skálán kell megítélni eredetileg 47, rövidített változatokban ennél kevesebb kijelentésről, mennyire nehéz vagy könnyű számára a kijelentésben szereplő teljesítmény (nagyon nehéz/ inkább nehéz/inkább könnyű/nagyon könnyű).

Kérem, mondja meg, hogy.
Ön szerint mennyire könnyű illetve nehéz

1. információt találni olyan betegségek kezeléséről, amelyek érintik önt?

2. …megtudni hol kaphat szakmai segítséget, ha beteg? (mint pl. orvos, gyógyszerész, pszichológus)

3. …megérteni, amit az orvosa mond önnek?

4. …megérteni az orvosa vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan, hogy hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?

5. … megítélni mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?

6. …felhasználni az orvosától kapott információkat arra, hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?

Az összes kérdésre adott végső pontszám alapján a következő egészségműveltségi szinteket határozzák meg: hiányos / problémás / megfelelő / kiváló egészségműveltség.

Fontos látni, hogy ez az egészségértési teszt szubjektív megítélésen alapul, ezért az eredmény jelentős részben a válaszadók önbizalmán, saját kompetenciáinak megítélésén is múlik.

Az egészségértés jelentősége

Az egészségműveltség közvetít a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségkimenetel között. Hozzájárul a krónikus betegségek önmenedzselésének sikeréhez, az egészségi állapot tartós javításához, az ellátórendszer hatékonyságának növeléséhez.

A betegek gyengébb egészségkompetenciái túlzottan és gyakran indokolatlanul igénybe veszik az egészségügyi ellátórendszert, túlterhelik azt, továbbá, hosszabb felépülési idővel járnak, és jelentős betegségkockázatokat hordoznak, akár gyógyszeradagolási tévedésekhez vezethetnek. Ennek ellenére az egészségműveltség önmagában nem jelent garanciát az egészség, az egészségügy világában való eligazodásra, de segítséget nyújthat a jobb egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalában.

A szülői egészségműveltség a gyermekegészség meghatározója, és bár serdülőkortól a gyermekek fokozatosan átveszik a gondozói szerepet a szüleiktől, a kisgyermekkorban kialakult kompetenciák időtállóak, nagyrészt felnőttkorban is megmaradnak.

Empirikus kutatások szerint az egészségműveltség jelentős részben a társadalmi egyenlőtlenségeket tükrözi vissza: az alacsony iskolai végzettség és az idős életkor kedvezőtlen az egészségértésre nézve. Azonban néhány kutatás az idős emberek jobb egészségértéséről is beszámol (Tiller et al. 2015). Általában jobb a férfiak egészségértése, és hátrányban vannak az egyedül élők, az egyedül nevelő szülők, valamint a sokgyermekes szülők.

Európán belül az egészségértés tekintetében is érvényesül a kelet-nyugati megosztottság, hiszen a kelet-európai országok lakói rendszeresen rosszabb eredményeket érnek el az egészségértési teszteken.

Ugyanakkor az egészségműveltség nem minden esetben bizonyult az egészségkimenetel meghatározójának. Például egy amerikai belvárosi csoportban az alacsony és magas egészségértésű szülők gyermekei ugyanolyan arányban részesültek egészségügyi ellátásban, illetve szintén az Egyesült Államokban egy túlsúlycsökkentő programban részt vett serdülők egyforma arányban értek el sikeres fogyást, szüleik egészségértési szintjétől függetlenül (Zoellner et al. 2017).

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. A hiányos egészségműveltség ehhez vezethet:
   a. diszkrimináció az egészségügyi ellátásban
   b. gyógyszeradagolási hiba
   c. orvosi műhiba

2. Az egészségműveltség ezt jelenti
   a. orvosi szaknyelvben való eligazodás
   b. megalapozott döntéshozatal képessége
   c. egészségügyi törvény ismerete

3. Az orvosi szövegek megértésének képességét ezek a kutatások mérik
   a. az egészségműveltség populációs megközelítése
   b. a kritikai egészségműveltség kutatása
   c. az egészségműveltség orvosi megközelítése

4. A szülők egészségműveltsége
   a. független a gyermek egészségétől
   b. meghatározó a gyermek egészségére nézve
   c. a serdülőkorban jelentőségét veszti

5. A populációs megközelítés az egészségműveltségnek ezt az oldalát vizsgálja:
   a. objektív
   b. szubjektív
   c. egyszerre objektív és szubjektív

14. AZ EURÓPAI UNIÓ ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI IGAZGATÁS

Az Európai Unióban az egészségügy a tagállamok hatáskörébe tartozik. Az EU nem szabályozza a nemzeti egészségpolitikákat, hanem javaslatokat és irányelveket fogalmaz meg a kormányzatok számára. Léteznek azonban olyan intézmények, amelyek célja közös platformok létrehozása a közegészségügyi problémák kezelésére.

Az *Európai Gyógyszerügynökség* (European Medicines Agency, EMA) a gyógyszertermékek értékelését és felügyeletét végzi.

Az *EUROSTAT* adatokat gyűjt, elemez, és összehasonlító tanulmányokat közöl.

Az Unió kezdeményezésére és anyagi támogatásával rendszeres időközönként nagymintás népességi egészségügyi adatfelvételekre, az Európai Lakossági Egészségfelmérésre (European Health Interview Survey, EHIS)[22] kerül sor, mely harmonizált és összehasonlításra alkalmas adatokat szolgáltat a tagállamoktól.

A rákból származó halálozás csökkentésére, az ezzel kapcsolatos monitorozási és tájékoztatási tevékenységek támogatására az Európai Bizottság létrehozta az Európai Rákregiszter-Hálózatot (European Network of Cancer Registries, ENCR).

Az EU három népességi szintű szűrési programot ajánl a tagállamok számára: a méhnyakrák, a mellrák és a vastagbélrák szűrését. Azokban az országokban, ahol ezek az ajánlások megvalósultak, jelentős csökkenés állt be ezen betegségekből származó halálozásban, így csökkent az azokkal összefüggő betegségteher. A nagyszabású szűrési programoknak és a jobb kezelési lehetőségeknek köszönhetően a rákbetegségek túlélési rátája

[22] Az Európai Egészségvizsgálati Felmérés (European Health Examination Survey, EHES) hálózat működése a szükséges támogatás hiányában jelenleg szünetel.

megnőtt. Néhány betegségtípus esetében (mellrák, vastagbélrák, prosztatarák, melanoma) az országok közötti különbségek is mérséklődtek.

A járványkontrollt tekintve az Unió szerkezete szintén nagyon laza. A javaslattétel mellett az intézmények a tagállamokra bízzák a járványmenedzsmentet és kockázatcsökkentést.

Elsőként 1998-ban a Korai Figyelmeztető és Gyorsreagáló Rendszert (Early Warning and Response System) az epidemiológiai felügyelet és a krónikus betegségek kontrollja céljából hozták létre. A járványok elleni készültség a 2005-ben létrehozott Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Control, ECDC) feladata. Tevékenységei az adatgyűjtés és -értékelés, kockázatbecslés, tudományos monitorozás, információcsere, és az európai intézmények epidemiológiai felügyelettel kapcsolatos tevékenységének koordinációja. Az intézmény tanácsadással támogatja a nemzeti pandémiás készültségi terveket.[23]

A határokon átívelő egészségkockázatok egyik legjelentősebbike a HIV terjedése, különösen a prostitúció és az illegális droghasználat miatt. A vírus szexuális úton, vérátömlesztéssel, az intravénás drogfogyasztás során közös tűhasználattal, terhességgel és szoptatással terjed. Mára az antiretrovirális kezelésnek köszönhetően, amely viszonylag olcsón a legszélesebb tömegek számára elérhetővé vált, a HIV már sok esetben nem jelent halálos kimenetelű fenyegetést, mint néhány évtizeddel korábban, és a HIV-fertőzöttek élete sikeresen meghosszabbítható, ugyanakkor az életminőséget mindenképpen rontja, és a hozzájárul a globális betegségteherhez.

Bár Európa nem áll a fenyegetés középpontjában, mint Afrika vagy Közép-Amerika, a tömeges bevándorlás a HIV terjedésének fokozott kockázatát is hordozza.

[23] National Pandemic Preparedness Plan

A fertőző betegségeket illetően az utóbbi évtizedekben, 2020 elejéig, a HIV volt a fő globális fenyegetés az emberiség számára. A SARS-CoV-2 kitörése és világjárvánnyá válása óta a közegészségügy fő feladatává ennek az új helyzetnek a kezelése vált.

Az Európai Unió tagállamai kockázatcsökkentési intézkedéseket vezettek be, és ebben az Szükséghelyzeti Támogatási Eszköz (Emergency Support Instrument) jelentette a közös finanszírozási alapot. Ennek segítségével az Unió egy eddig példa nélküli akciót koordinált az EU-ban előállított oltóanyagok gyártására, tesztelésére és piacra dobására.

A tevékenységek a következők voltak:

- Az európai szintű járványkezelés részeként az Európai Bizottság kibocsátotta Oltási stratégiáját a COVID-19 elleni oltásokra (2020. június).
- A Szükséghelyzeti Támogatási Eszköz segítségével erőfeszítéseket tettek az Unión belüli oltóanyaggyártókkal való megegyezésre, megszerezve az elsőbbségi jogot az oltóanyagnak rögzített áron történő beszerzésére, a tagállamoknak szükséges mennyiségben.
- Az oltóanyag gyártásának költségét részletesen átvállalta.
- Az Európai Bizottság elővásárlási jogra vonatkozó szerződéseket[24] írt alá az oltóanyag-gyártókkal.
- Az Európai Befektetési Bank kedvezményes hiteleket biztosít az Unióban működő gyártók számára.
- Az Unió támogatja az oltóanyagok gyors és költséghatékony beszerzését (EC 2020). Az oltáshoz való hozzájutás méltányosságát és egyenlőségét biztosítandó, az Unió központosította az oltóanyag

[24] Advance Purchase Agreements, APA

engedélyezését és beszerzését, és az oltóanyagok engedélyeztetésének hosszú folyamatát jogi eszközökkel lerövidítette, hogy felgyorsítsa az oltáshoz való tömeges hozzájutást.

Az oltási kampányok 2020 végén kezdődtek, és sikerük javarészt a népesség oltakozási hajlandóságán múlik.

Ez a példa azt szemlélteti, hogy bár a közegészségügyi problémák a nemzetállamok hatáskörébe tartoznak, a határokon átívelő fenyegetésekkel szemben (mint amilyen a Covid-19) az Európai Unió már központosított módon lépett fel. Látjuk, hogy az EU hatásköre a közegészségügyben a jövőben növekedni fog. Az Európa Tanács 2022 októberében elfogadta az Európai Egészségügyi Unió létrehozására vonatkozó rendeletet, melynek célja, hogy a tagállamok közösen készüljenek fel és reagáljanak az egészségügyi válságokra.

Ellenőrző kérdések

Ismereteinek ellenőrzésére válaszolja meg az alábbi kérdéseket!
Minden kérdésre egy válasz a helyes.

1. Az Európai Unió nem ajánlja ezt a szűrést a tagállamok számára
   a. méhnyakrák
   b. tüdőrák
   c. vastagbélrák

2. Ki alkotja az Európai Unió tagállamainak egészségügyi törvényeit?
   a. a tagállamok
   b. az Európai Unió
   c. az Európai Egészségügyi Unió

3. Melyik a legjelentősebb határokon átívelő egészségkockázat?
    a. a szív- és érrendszeri betegségek
    b. a HIV-fertőzés terjedése
    c. a migrációval járó stressz

4. Az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi központnak nem tartozik a hatáskörébe
    a. tanácsadás
    b. a tagállamok egészségügyi törvényének megalkotása
    c. epidemiológiai adatgyűjtés koordinációja

5. Az alábbiak közül melyik tartozik az EU által a tagállamok számára javasolt szűrőprogramok közé?
    a. tüdőrák
    b. mellrák
    c. prosztatarák

Vizsgakérdések

1. Miért magas a nyers halálozási arányszám a világ fejlett országaiban?
2. Hogyan mérjük a csecsemőhalandóságot, és hogyan alakult a fejlett világban az utóbbi évszázadokban?
3. Hogyan függ össze a születéskor várható élettartam és a csecsemőhalálozás?
4. Milyen módszereket ismer az egészségi állapot objektív/egzakt módon való mérésére? Melyek ezek előnyei és hátrányai?
5. Milyen módszereket ismer az egészségi állapot szubjektív módon való mérésére? Melyek ezek előnyei és hátrányai?
6. Mit jelent egy betegség prevalenciája és incidenciája?

7. Milyen módszereket ismer az alkoholfogyasztás mértékének becslésére? Melyek ezen módszerek erősségei és gyengéi?
8. Mit tud a pestisről?
9. Melyek a halálozás fő okai a modern társadalmakban, és miért?
10. Melyek az okai annak, hogy az utóbbi évszázadban megnövekedett a krónikus betegségek aránya a halálozás okai között?
11. Mi az epidemiológiai átmenet? Mutassa be a jelenség okait!
12. Mi az oka annak, hogy az epidemiológiai átmenet oka elsődlegesen társadalmi, nem pedig orvostudományi jellegű?
13. Miért gyakoribb a deviáns magatartás a társadalom alsó rétegeiben?
14. Milyen tényezőkkel magyarázza a szociológia a népesség egészségi állapotának egyenlőtlenségeit?
15. Mi a különbség az egyenlőtlenség és az esélyegyenlőtlenség között! Mondjon mindkettőre egy-egy példát!
16. Hogyan függ össze az egészségi állapot a társadalmi helyzettel?
17. Mit tud a nemzeti kisebbségek egészségi állapotáról?
18. Hogyan függ össze a társadalmi mobilitás és az egészségi állapot?
19. Milyen a bevándorló népesség egészségi állapota? Milyen egészségkockázatokkal jár a vándorlás folyamata?
20. Milyen egészségkockázatokat rejt a turizmus?
21. Milyen szociológiai elméleteket ismer, amelyek az alkohol- és drogfogyasztás kialakulását magyarázzák?
22. Mutasson be egyet az alkohol- és drogfogyasztás kialakulásának szociológiai elméletei közül! Miben látja a magyarázat előnyeit és hátrányait?

23. Az ismert szociológiai elméletek közül melyiket tartja a legalkalmasabbnak az alkohol- és drogfogyasztó magatartás kialakulásának magyarázatára?
24. Hogyan függ össze a társas támogatás az egészségi állapottal? Milyen elméleteket ismer a jelenség magyarázatára?
25. Mutassa be az öngyilkosság okait és típusait Durkheim elmélete szerint!
26. Hasonlítsa össze a vallásgyakorló személyek egészségi állapotát a nem vallásos személyekével!
27. Mivel magyarázható, hogy a vallásgyakorló személyek egészségi állapota jobb, mint a nem vallásos személyeké?
28. Hogyan szabályozza a vallás az egészségmagatartást?
29. Hasonlítsa össze az egészségműveltség orvosi és populációs megközelítését! Melyiket tartja alkalmasabbnak, és miért?
30. Mi a szerepe az Európai Uniónak Románia egészségpolitikájában?

A 6. fejezethez tartozó feladatok megoldásai

1. TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

1. b	5. b	9. a
2. c	6. a	10. c
3. c	7. b	11. b
4. b	8. a	

A fejezetvégi ellenőrző kérdések megoldásai

1. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MÉRÉSE

1. c	3. c	5. a
2. a	4. a	

2. FERTŐZŐ (JÁRVÁNYOS) BETEGSÉGEK

1. b	3. a	5. a
2. c	4. b	

3. FÉL ÉVEZREDES ÉLETMÓDTANÁCSOK FIATALOKNAK

1. b	3. b	5. b
2. b	4. a	

4. AZ EPIDEMIOLÓGIAI ÁTMENET

1. c	3. b	5. b
2. c	4. b	

5. KRÓNIKUS BETEGSÉGEK ÉS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK

1. a	3. c	5. b
2. c	4. b	

6. TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

1. b	3. b	5. a
2. a	4. a	

7. A NEMZETI KISEBBSÉGEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

1. b	3. c	5. b
2. c	4. c	

8. MOBILITÁS ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

1. a	3. c	5. b
2. b	4. c	

9. A DEVIÁNS MAGATARTÁS KIALAKULÁSÁNAK ELMÉLETEI

1. c	3. c	5. a
2. c	4. a	

10. TÁRSAS TÁMOGATÁS ÉS EGÉSZSÉG

1. b	3. a	5. b
2. c	4. c	

11. A NEMEK EGÉSZSÉGKÜLÖNBSÉGEI

1. a	3. a	5. a
2. b	4. b	

12. VALLÁSOSSÁG ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

1. c	3. b	5. a
2. a	4. b	

13. AZ EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG

1. b	3. c	5. b
2. b	4. b	

14. AZ EURÓPAI UNIÓ ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI IGAZGATÁS

1. b	3. b	5. b
2. a	4. b	

Irodalom

A

Agnew, Robert (1992): General Strain Theory and Delinquency. In: Marvin D. Krohn, Marvin D., Lane, Jody (eds.): *The Handbook of Juvenile Delinquency and Juvenile Justice*. Wiley Online Library.

Ajzen, Icek, Fishbein, Martin (1973): Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology* 27:41–57.

Ajzen, Icek (1991): The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50(2):179–211.

Akers, Ronald L. (1985): *Deviant behavior: A social learning approach*. Belmont, CA: Wadsworth.

Akers, Ronald L. (1992): Linking Sociology and its Specialties: The Case of Criminology. *Social Forces* 71(1).

Anderson, David A. (1999): The Aggregate Burden of Crime. *The Journal of Law and Economics* 42(2):611–642.

Ambrus Zoltán (2012): *Egészségszociológia*. Ábel Kiadó Kiadó, Kolozsvár.

Angelin M, Evengård B, Palmgren H. (2014): Travel health advice: benefits, compliance, and outcome. *Scand J Infect Dis*. 2014 Jun;46(6):447-453.

Andorka Rudolf (2001): *Gyermek, család, történelem. Történeti demográfiai tanulmányok*. Budapest, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó.

Andorka Rudolf (2003): *Bevezetés a szociológiába*. Osiris, Budapest.

Argyle, Michael (1958): *Religious Behaviour*. London: Routledge & Kegan Paul.

Az európai nagy pestisjárvány (283-304), *A pestis* (304-310), *Százezrek halála: a kolera* (310-315), *A himlő* (315-323) c. tanulmányok.

B

Becker, Howard S. (1953) Becoming a Marihuana User. *American Journal of Sociology* 9: 235–242.

Becker, Gary S. (1975): *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education.* Columbia University Press, New York.

Becker, Gary S., Murphy Source, Kevin M. (1988): A Theory of Rational Addiction. *Journal of Political Economy* 96(4): 675–700.

Barry, A-M., Yuill, C. (2016). *Understanding the Sociology of Health*. Los Angeles, California: Sage Publications.

Biblia. Ószövetségi és Újszövetségi Szentírás (2021). Budapest, Szent István Társulat.

Boyle, Paul, Feng, Zhiqiang, Fejiten, Peteke (2009): *Marriage is not all it's cracked up to be: living with others, not marriage, is good for men's health.* Paper presented at the Solo Living Seminar, University of Edinburgh, 26 October 2009.

Beauté, Julien, Cowan, Susan, Hiltunen-Back, Eija, Klovstad, Hilde, Velicko, Inga, Spiteri, Gianfranco (2017): Travel-associated gonorrhoea in four Nordic countries, 2008 to 2013. *Euro Surveill*. 22(20):30537.

C

Camilloni, L., Ferroni, E., Cendales, B.J. et al. (2013): Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. *BMC Public Health* 13(464):1–16.

CDC (2022): Viral Hepatitis – Hepatitis B Information – Hepatitis B Vaccination of Adults,
https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/vaccadults.htm#:~:text=Adults%20
recommended%20to%20receive%20HepB%20vaccine%3A&text=All%20
infants,risk%20factors%20for%20hepatitis%20B
(letöltve: 2023.06.27.)

CDC (2023): Zika. A CDC guide for travellers,
https://wwwnc.cdc.gov/travel/files/zika-travel-brochure-508.pdf
(letöltve: 11.04.2023)

Chen, Edith, Brody, Gene H., Miller, Gregory E. (2022): What Are the Health Consequences of Upward Mobility? *Annual Review of Psychology* 73:599–628.

Chambliss, William J. (1994): Policing the Ghetto Underclass: The Politics of Law and Law Enforcement. *Social Problems* 41(2):177–194.

Cohen, Albert K. (1965): The Sociology of the Deviant Act: Anomie Theory and Beyond. *American Sociological Review* 30:5–14.

Cohen, S, Syme, S.L. (1985) Issues in the Study and Application of Social Support. In Cohen, S, Syme, S.L (eds.): *Social Support and Health*. Academic Press, San Francisco, 3–22.

CNSISP-INSP/INS (2020) - Institutul Naţional de Sănătate Publică, Centrul Naţional de Statistică și Informatică în Sănătate Publică: *Mortalitatea Generală*. București, https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_generala/Mortalitatea-generala-2020.pdf [letöltve: 2023. január 14.].

Currie, Elliott (1994): *Reckoning: Drugs, the cities, and the American future*. Hill and Wang, New York.

Cobo, Fernando (2014): Diarrhoea syndrome. In: Fernando Cobo (ed.): *Imported Infectious Diseases*. Woodhead Publishing, 41–59, https://doi.org/10.1533/9781908818737.41

Croughs M, Remmen R, Van den Ende J. (2014): The effect of pre-travel advice on sexual risk behavior abroad: a systematic review. *J Travel Med*. 21(1):45–51.

D

Demografia.hu – Fogalomtár, https://demografia.hu/hu/tudastar/fogalomtar/60-standardizalt-halalozasi-aranyszam

Davis, Kingsley, Moore, Wilbert E. (1945/1999): A rétegződés néhány elve. In: Angelusz R. (Szerk.): *A társadalmi rétegződés komponensei*. Új Mandátum, Budapest, 10–23.

De Angelis, Roberta, Sant, Milena, Coleman Michel P., Francisci, Silvia et alii, EUROCARE-5 Working Group (2014): Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol*. 15(1):23-34.

Durkheim, Émile (1895/1982): *Rules of Sociological Method*. Free Press, New York.

Durkheim, Émile (1897/1967): Le suicide: Étude de sociologie. Paris, Alcan / Magyarul: *Az öngyilkosság: Szociológiai tanulmány*, ford. Józsa Péter, Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

E

Eikemo, Terje A., Øversveen, Emil (2019): Social Inequalities in health: Challenges, knowledge gaps, key debates and the need for new data. *Scandinavian Journal of Public Health* 47(6):593–597.

Eng, Mimy Y., Luczak, Susan E., Wall, Tamara L. (2007): ALDH2, ADH1B, and ADH1C genotypes in Asians: a literature review. *Alcohol Res Health* 30(1):22–27.

European Union (2020): *Independent Expert Report. Joint Opinion Improving Pandemic Preparedness and Management. Lessons learned and ways forward*. Directorate-General for Research and Innovation, Brussels, https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a1016d77-2562-11eb-9d7e-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-171481573 [letöltve: 2021. január 3.].

Eurostat (2021): *Causes of death,* https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_ aro&lang=en [letöltve: 2021. június 11.].

EC (2020): European Commission: Proposal for a Regulation of The European Parliament and of the Council establishing a Recovery and Resilience Facility, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1602841299376&uri= CELEX:52020PC0408 [letöltve: 2023. 04. 25.].

Elekes, Zsuzsanna (2011): *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. TÁMOP 4.1.2-08/2/A/KMR- 2009-0043, http://hdl.handle.net/10831/33226 [letöltve: 2023. április 25.].

Esping-Andersen, Gosta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Policy Press, Cambridge.

Eurofound (2021): Living and working in Europe 2020. Publications Office of the European Union, Luxembourg, https://www.eurofound.europa.eu/publications/annual-report/2021/living-and-working-in-europe-2020

European Social Survey (2018): https://www.europeansocialsurvey.org/ [hozzáférés: 2020. 12. 28.].

Eurostat (2013): Revision of the European Standard Population Report of Eurostat's task force. Methodologies and Working Papers. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-31094-2 ISSN 1977-0375 doi:10.2785/11470.

Eurostat (2022): *Statistics explained. Healthy life years statistics,* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

Eurostat Data Browser: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/all_themes [hozzáférés: 2023. 11. 02.].

F

Faupel, Charles E. (1991): *Shooting Dope: Career Patterns of Hard-Core Heroin Users*. University of Florida Press, Gainesville, FL.

Ferrera, Maurizio (1996): The "Southern" Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 6(1):17–37.

G

Gardner, John W.; Sanborn, Jill S. (1990): Years of Potential Life Lost (YPLL)—What Does it Measure? *Epidemiology* 1(4):322–329.

Gelles, Richard (1995): *Contemporary Families: A Sociological View*. Sage, Thousand Oaks, CA.

Giddens, Anthony (2003): *Szociológia*. Osiris, Budapest.

Giddens, Anthony (1973): *The Class Structure of Modern Societies*. Hutchinson University Library, London.

Goffman, Erving (1963): *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Englewood Cliffs.

Goldman, Noreen, Takahashi, Shigesato, Hu, Yuanreng (1995): Mortality among Japanese Singles: A Re-investigation. *Population Studies* 49(2): 227–239.

Goldman, M.; Uzicanin, S.; Osmond, L.; Scalia, V.; O'Brien, S.F. (2017): A large national study of ferritin testing in Canadian blood donors. *Transfusion* 57:564–570.

Goldthorpe, John (1996): Class analysis and the reorientation of class theory: the case of persisting differentials in educational attainment. *British Journal of Sociology* 47(3):481–505.

Goode, Erich (1970): *Marijuana Smokers*. New York: Basic Books.

Goode, Erich (1999): *Drugs in American society*. New York, NY: McGraw-Hill.

Gugushvili, Alexi, Präg, Patrick (2021): Intergenerational social mobility and health in Russia: Mind over matter? *Advances in Life Course Research* 47:100390.

H

Herzer, Dierk. 2022. The macro-level effect of religiosity on health. *Health Economics* 31 (6): 993–1011.

Hinton, John (1967): *Dying*. Baltimore: Penguin Books.

Hoffmann, Rasmus, Kröger, Hannes, Pakpahan, Eduwin (2018): Pathways between socioeconomic status and health: Does health selection or social causation dominate in Europe? *Advances in Life Course Research* 36:23–36.

Hradil, Stefan (1995): *Die Single-Gesellschaft*. München, C.H. Beck.

Hussong, Andrea M., Hicks, Richard E. (2003): Affect and peer context interactively impact adolescent substance use. *Journal of Abnormal Child Psychology 31(*4):413–426.

I

INS - Institutul Național de Statistică. 2013. *Evoluția mortalității generale în România*. București. ISBN 798-606-92782-9-1.

J

Jekelius, Erich (1928): *Das Burzenland*, 3. Band. Kronstadt, 1. Teil. Kronstadt.

Jellinek, E. M. (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Conn.: Hillhouse Press.

Jones, Howard (1963): *Alcoholic Affiction. A Psycho-Social Approach to Abnormal Drinking*. London: Tavistock.

Johnson, Jeannette L., Leff, Michelle K. (1999): Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics* 103(5_supplement 2):1085–1099.

Jonsson, Frida, San Sebastian, Miguel, Hammarström, Anne, Gustafsson, Per E. (2017): Intragenerational social mobility and functional somatic symptoms in a northern Swedish context: analyses of diagonal reference models. *International Journal for Equity in Health* 16(1).

K

Kaplan, Howard B. (1975): *Self-attitudes and deviant behaviour*. Pacific Palisades, CA: Goodyear.

Kickbusch, Ilona, Wait, Suzanne, Maag, Daniela (2006): *Navigating Health. The Role of Health Literacy*. London: Alliance for Health and the Future https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf [letöltve: 2022. 06.20.].

Kiss Tamás – Barna Gergő (2012*): Népszámlálás 2011. Erdélyi magyar népesedés a XXI. század első évtizedében Demográfiai és statisztikai elemzés*. Műhelytanulmányok a romániai kisebbségekről no. 43. Nemzeti Kisebbségkutató Intézet, Kolozsvár. ISSN 1844 – 5489. www.ispmn.gov.ro [letöltve: 2021.06.16.].

Kopp Mária, Székely András, Skrabski Árpád. 2006. Vallásosság és életminőség az átalakuló társadalomban. In. Kopp Mária, Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 156–166.

Kovács Norbert, Koppány Krisztián, Vörös Tünde, Hajnal Csillag, Kiss Eszter, Szakály Zsolt, Gyömörei Tamás, Kovácsné Tóth Ágnes, Konczos Csaba, Czipf Csongor (2019): Az egészségi állapotra visszavezethető életminőség mérése. In: Reisinger Adrienn. *„Kulturális gazdaság". Kautz Gyula Emlékkonferencia elektronikus formában megjelenő kötete.* Széchenyi István Egyetem, Győr, Magyarország, 1–20.

Kurtz, Ernest (2002): Alcoholics Anonymous and the Disease Concept of Alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly* 20(3-4):5–39.

Kuther, Tara L. (2002): Rational decision perspectives on alcohol consumption by youth. Revising the theory of planned behaviour. *Addictive Behaviors* 27:35–47.

Kyr, Paulus (1551/2010): *Die Gesundheit ist ein köstlich Ding*. Hrsg. Offner, Robert. Hermannstadt-Bonn: Schiller Verlag, 268–331.

L

Last, J.M. (2001): *A Dictionary of Epidemiology*, 4th ed. New York: Oxford University Press.

Lawrence, PS. (1948): Chronic illness and socioeconomic status. *Public Health Rep* (1896). 63(47):1507–1521.

Ledermann, Sully (1956): *Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation*. Vol. 1. Données Scientifique de Caractère Physiologique, Économique et Social. Paris: Presses Universitaires de France. Institute Nationale d'Études Démographique, Travaux et Documents, Cah. No. 29.

Lemert, Edwin M. (1951): Primary and secondary deviation. In Rubington, E., Weinberg, M.S. (Eds.) *The study of social problems: Seven perspectives*. New York: Oxford University Press, 192–195.

Leming, Michael. R. (1980): Religion and Death: A Test of Homan's Thesis. *Omega – Journal of Death and Dying* 10(4):347–364.

M

Malinowski, Bronisław (1931): *Culture*. New York: MacMillan Publishing.

Malmusi, Davide, Palencia, Laia, Ikram, Umar, Kunst, Anton, Borrell, Carme (2015): Social and political determinants of inequalities in depression by immigrant status in Europe. *European Journal of Public Health* 25, Issue suppl 3(1):27.

Marx, Karl (1867/1906): *Capital: A Critique of Political Economy*. Vol. 1, trans. Moore, S., Aveling, E. New York: Modem Library.

Maté, Gábor (2010): *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Matteelli A, Schlagenhauf P, Carvalho AC, Weld L, Davis XM, Wilder-Smith A, Barnett ED, Parola P, Pandey P, Han P, Castelli F; GeoSentinel Surveillance Network (2013): Travel-associated sexually transmitted infections: an observational cross-sectional study of the GeoSentinel surveillance database. *Lancet Infect Dis*. 13(3):205–213, doi: 10.1016/S1473-3099(12)70291-8. [letöltve: 2023. 06. 20.].

Mátyás Gabriella, Vincze Ferenc, Bíró Éva (2021): Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán. *Orvosi Hetilap* 162(39):1579–1588.

Menninger, Karl (1938): *Man against Himself*. New York: Harcourt, Brace.

Merton, Robert K. (1949): Social Theory and Social Structure. New York: Free Press/ magyarul: Merton, Robert K. (1980): *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Szerk. Kulcsár Kálmán. Gondolat, Budapest.

Meslé, France, Vallin, Jacques (2017): The End of East-West Divergence in European Life Expectancies? An Introduction to the Special Issue. *European Journal of Population* 33: 615–627.

Murinkó, Lívia (2006): A szubjektív életminőség mértéke és társadalmi meghatározottsága hat európai országban. In: Utasi Ágnes (szerk.): *A szubjektív életminőség forrásai. Biztonság és kapcsolatok.* Budapest, MTA Politikai Tudományok Intézete, 251–275.

Murray, CJL, Gakidou, Emmanuela, Frenk, Julio (1999): Critical reflection – health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull World Health Organ*. 77:537–44.

Murtin, Fabrice, Mackenbach, Johan, Jasilionis, Domantas, d'Ercole, Marco Mira (2017): *Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries: Insights from New OECD Estimates*. OECD Statistics Working Papers no. 2017/02, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en [letöltve: 2023. november 22.].

N

NNK – Nemzeti Népegészségügyi Központ (2022): Kullancs által okozott betegségek (Diseases caused by ticks), https://egeszsegvonal.gov.hu/k/1735-kullancs-altal-okozott-betegsegek.html [letöltve: 2023. június 22.].

Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary. *Health Promotion International* 13:349–364.

O

OECD (2023): OECD DATA. Potential years of life lost. https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm [letöltve: 2021. június 17.].

OECD/EU (2020): Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. Letöltve: https://doi.org/10.1787/82129230-en [letöltve: 2021. június 17.].

OECD (2023): OECD iLibrary, Definitions https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-risks/indicator-group/english_1c4df204-en [letöltve: 2021. június 17.].

Omran, Abdel R. (1971): The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4):509–38.

Oxford, Monica L., Harachi, Tracy W., Catalano, Richard F., Abbott, Robert D. (2001): Preadolescent predictors of substance initiation: A test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27(4):599–616.

P

Panisoara, Georgeta, and Mihaela Serban. 2013. Marital Status and Work-Life Balance. *Procedia—Social and Behavioral Sciences* 78:21–25.

Papp-Zipernovszky, Orsolya, Náfrádi, Lilla, Schulz, Peter, Csabai, Márta (2016): „Hogy minden beteg megértse!" – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orvosi Hetilap* 157(23):905–915.

Pászka Imre: *Együtthatás. Reprezentációk II. A Kárpát-medence a természet és a történelem műhelyében (Kis jégkorszak – járványok)*. Belvedere, Szeged, 2020.

Pikó Bettina, Kovács Eszter. 2009. Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata. *Orvosi Hetilap* 150 (4):1903–1908.

Preedy, Victor R., Watson, Ronald R. (eds, 2010): Years Lived with Disability. In Preedy, Victor R., Watson, Ronald E. (eds.) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_6940 [letöltve: 2021. június 14.].

R

Radcliffe-Brown, Alfred Reginald (1922). *The Adaman islanders: a study in social anthropology*. Cambridge, The University Press.

Redelmeier DA, Singh SM. (2001): Survival in Academy Award-winning actors and actresses. *Ann Intern Med*. 134(10):955–562.

Richardson, S. (2021): Sex contextualism. Philos. *Theory Pract. Biol*. 13:9.

Rogeberg, Ole (2019): The Theory of Rational Addiction. *Addiction* 115(1):184-187. doi: 10.1111/add.14822.

Ronald, Richard (2009): *Japan's Urban Singles*. Paper presented at the Solo Living Seminar, University of Edinburgh, 26 October 2009.

Rózsa Sándor, Szádóczky Erika, Füredi János (2001): A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 16(4):384–402.

S

Saunders, John B., Degenhardt, Louisa, Reed, Geoffrey, Poznyak, Vladimir (2019): Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res* 43:1617–1631.

Shah, Koonal K. (2017): A brief review of concepts: health, quality of life, health-related quality of life and well-being. EuroQol Working Paper Series Number 17001. file:///C:/Users/%C3%81gnes/Downloads/EuroQol-Working-Paper-Series-Manuscript-17001-Koonal-Shah.pdf

Sørensen, Kristine et. al. (2012): Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80.

Sørensen, Kristine, Van den Broucke, Stefan, Pelikan, Jürgen M. et al. (2013): Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 13: 948.

Stewart-Wilson, Graeme et al. (2018): *Owning Our Urban Future: Enabling Healthy Cities in Eastern Africa*. Uganda National Academy of Sciences. Technical Report. https://achestdatabase.achest.org/sites/default/files/publications/UNAS%20%282018%29%20Owning%20Our%20Urban%20Future%E2%80%94Enabling%20Healthy%20Cities%20in%20Eastern%20Africa.pdf

Sutherland, Edwin H. (1939): White-Collar Criminality. *American Sociological Review* 5:1–12.

Szalai Júlia (2007): *Nincs két ország […]? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon*. Budapest: Osiris.

Szkiela, Marta, Kusideł, Ewa, Makowiec-Dąbrowska, Teresa, Kaleta, Dorota (2021): How the Intensity of Night Shift Work Affects Breast Cancer Risk. *Int J Environ Res Public Health* 26;18(9):4570.

T

Tiller, Daniel, Herzog, Beatrice, Kluttig, Alexander, Haerting, Johannes (2015): Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health* 15, 883. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2210-7.

Tonry, Michael (2011): *Punishing race: A continuing American dilemma*. New York, NY: Oxford University Press.

Tóth-Batizán Emese Emőke, Gáspár Szeréna, Csata Zsombor, Barna Gergő (2020): Egészségügyi ellátás és halálokok Erdélyben. *Erdélyi Társadalom* 18(2):177–209.

U

UN (2023): UNAIDS Global HIV and AIDS Statistics – Fact Sheet 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf

Utasi, Ágnes (2001): A fiatal egyedülálló nők párkapcsolati esélye. In: Nagy Ildikó–Pongrácz Tiborné–Tóth István György (szerk.): *Szerepváltozások – Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2001*. Budapest: Tárki – Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviseleti Titkársága, 113–134.

V

Volkow, Nora D., Koob, George F., McLellan, A. Thomas (2016): Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med.* 374:363–371.

W

Waters, Rob (2019): Addiction Rooted In Childhood Trauma, Says Prominent Specialist, https://californiahealthline.org/news/addiction-rooted-in-childhood-trauma-says-prominent-specialist/ (letöltve: 2022. november 11.).

Weber, Max (1922): *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen: Mohr, 1922, X, 840 S. (Grundriß der Sozialökonomik; Abt. 3)./Magyarul: Vallásszociológia. (A vallási közösségek típusai). In: Uő: Gazdaság és társadalom. A megértő szociológia alapvonalai, 2/1. A gazdaság, a társadalmi rend és a társadalmi hatalom formái. (A társadalmi szervezetek: közösségek, társulások, vallások). Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

WHO (1998): WHOQOL User Manual. Programme on mental health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva, https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932

WHO/Europe (2013). Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Letöltve: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 [letöltve: 2020. december 5.].

WHO (2014): World Health Statistics 2014. Geneva. ISBN 978 92 4 069267 1 (PDF), http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf;jsessionid=09FF089CC26E37A767D1B1629C7E3EBA?sequence=1

WHO/Europe (2020): Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104

WHO (2022): Health topics – Drugs (psychoactive), https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1 (letöltve: 2023. 11. 25.).

WHO 2023a: HIV and AIDS, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids (letöltve: 20.06.2023).

WHO 2023a: Sexually transmitted infections. STIs, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis) (letöltve: 2023. 07. 13.).

WHO (2023c): The Global Health Observatory https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158 (letöltve: 2023. 10.06.).

Z

Zoellner, Jamie M., Hill, Jennie, You, Wen, Brock, Donna, Frisard, Madlyn, Alexander, Ramine, Silva, Fabiana, Price, Bryan, Marshall, Ruby, Estabrooks, Paul A. (2017): The influence of parental health literacy status on reach, attendance, retention, and outcomes in a family-based childhood obesity treatment program, Virginia, 2013–2015. *Preventing Chronic Disease*, 14: 87, doi: 10.5888/ pcd14.160421

UNIVERSITAS CLAUDIOPOLITANA

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

ROMANIA

PRESA UNIVERSITARĂ

ISBN: 978-606-37-2084-0